

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ergoterapie



Kateřina Kotrbová

Práce se skupinou v rámci ergoterapie v psychiatrické nemocnici

Occupational Therapy Group Work in Psychiatric Hospital

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Pluhařiková-Pomajzlová

Praha, 2022

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, paní magistře Janě Pluhaříkové-Pomajzlové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty.

Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutce paní magistře Kateřině Hodbořové, která mi umožnila absolvovat odbornou praxi na oddělení ergoterapie v Národním ústavu duševního zdraví a své znalosti si prakticky ověřit.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 4. 2022

Kateřina Kotrbová

Podpis studenta

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

KOTRBOVÁ, Kateřina. *Práce se skupinou v rámci ergoterapie v psychiatrické nemocnici.*

[Occupational Therapy Group Work in Psychiatric Hospital]. Praha, 2022. 150 s., 25 příloh.

Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Jana Pluhaříková-Pomajzlová.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Kateřina Kotrbová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Pluhaříková-Pomajzlová

Název bakalářské: Práce se skupinou v rámci ergoterapie v psychiatrické nemocnici

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá skupinovou formou ergoterapie u pacientů s duševním onemocněním v době hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Zaměřuje se na vedení cílené skupinové aktivity v rámci ergoterapie a nabízí konkrétní v praxi využitelné terapeutické jednotky, které byly v rámci práce navrženy a většina z nich ověřena v praxi. Dalším výstupem práce je vytvořený pracovní sešit na téma práce s časem, který mohou ergoterapeuti využít v rámci vedení skupin, ale také v rámci individuální ergoterapie.

Popisuje také úlohu ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví, její léčebný přínos a doporučení pro práci se skupinou. Zaměřuje se na dospělé hospitalizované pacienty s vážným duševním onemocněním (schizofrenie, bipolární porucha apod.), kteří často využívají následnou péči v rámci hospitalizace. Formou kazuistik bylo popsáno celkem 12 provedených terapií u cílené skupiny, jejich příprava, průběh, závěr a reflexe.

Závěr práce shrnuje a hodnotí praktickou zkušenost s vytvořeným navazujícím skupinovým programem na vybrané téma v rámci hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Výsledná zpětná vazba pacientů potvrdila přínos terapeutické jednotky v osvojení si dané problematiky.

Klíčová slova: ergoterapie, psychiatrická nemocnice, hospitalizace, práce se skupinou, vedení skupiny, skupinová dynamika, duševní zdraví, schizofrenie, struktura a plánování dne

BACHELOR THESIS ABSTRACT

Name, Surname: Kateřina Kotrbová

Supervisor: Mgr. Jana Pluhařiková-Pomajzlová

Title: Occupational Therapy Group Work in Psychiatric Hospital

Abstract:

The bachelor thesis studies occupational therapy group work for patients with mental illness during hospitalization in a psychiatric hospital. It focuses on leading aimed group activity in occupational therapy and offers specific therapeutic units usable in practise that have been designed as a part of this paper and most of them have been verified in practice. Another outcome of the work is a workbook on the topic of time management which occupational therapists may use to manage group therapy and individual therapy as well.

It also describes the role of occupational therapy in mental health care, its therapeutic benefits, and recommendations for working with a group. It aims at adult hospitalized patients with serious mental disorders (schizophrenia, bipolar disorder, etc.) who often receive aftercare as a part of their hospitalization. A total of 12 therapies performed in the aim group were described in the form of case reports with their preparation, course, conclusion, and reflection.

The conclusion of the work summarizes and evaluates the practical experience with the created follow-up program on a selected topic within hospitalization in a psychiatric hospital. The resulting patients' feedback confirmed the benefits of the therapeutic unit in acquiring the issue.

Key words: occupational therapy, psychiatric hospital, hospitalization, group work, group leadership, group dynamics, mental health, schizophrenia, day structure, time management

Obsah

1. ÚVOD	1
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	3
2.1. Obecné vymezení a cíle oboru ergoterapie.....	3
2.1.1. Definice zdraví, duševního zdraví a ergoterapie	3
2.1.2. Postavení a role ergoterapeutů v oblasti péče o duševní zdraví.....	4
2.2. Péče o duševní zdraví	6
2.2.1. Reforma psychiatrické péče	6
2.2.2. Rizika vzniku chronického duševního onemocnění.....	8
2.3. Ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví	9
2.3.1. Zotavení v péči o duševní zdraví.....	9
2.3.2. Zotavení v akutní péči	10
2.3.3. Ergoterapie v akutní péči.....	11
2.3.4. Specifika ergoterapeutického procesu v akutní psychiatrické péči.....	13
2.4. Práce se skupinou v ergoterapii	14
2.4.1. Formy skupiny.....	15
2.4.2. Příprava a proces skupiny	15
2.4.3. Vedení skupinové ergoterapie	16
2.4.4. Ukončení skupinové ergoterapie	19
2.4.5. Vyhodnocení skupinové ergoterapie	20
2.4.6. Zaměření skupiny	22
2.5. Skupinová dynamika	24
2.5.1. Proces skupiny.....	25
2.5.2. Vývoj skupiny	27
2.5.3. Skupinová kultura	28
2.5.4. Skupinové role.....	28
2.6. Schizofrenie	29
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
3.1. Cíle práce.....	31
3.2. Metodologie práce	31
3.2.1. Představení pracovního prostředí pro praxi.....	31
3.2.2. Postup realizace praktické části.....	33
3.3. Vedení skupinové ergoterapie – kazuistická práce.....	35
3.3.1. Pilotní ověření prvních navržených terapií	36

3.3.2.	Návrh a ověření uceleného programu Organizace času	38
3.3.3.	Souhrn hodnocení programu Organizace času	50
3.4.	Výsledky	52
4.	DISKUZE	53
5.	ZÁVĚR.....	59
6.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
7.	SEZNAM ZKRATEK A VYSVĚTLIVEK	70
7.1.	Seznam zkratk.....	70
7.2.	Seznam vysvětlivek	70
8.	SEZNAM TABULEK.....	71
	SEZNAM PŘÍLOH	72
9.	PŘÍLOHY	73

1. ÚVOD

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si zvolila téma: Práce se skupinou v rámci ergoterapie v psychiatrické nemocnici ze dvou důvodů. V dnešní době přibývá pacientů s duševními onemocněními, kterým se nedostává dostatečná péče. Taktéž se setkáváme s tím, že obecně převládá nízké povědomí o možnostech ergoterapie v době hospitalizace. V odborné praxi jsem se s těmito pacienty setkávala a jsem přesvědčena o tom, že využití cílené ergoterapie může zlepšit kvalitu poskytované péče a přispět k jejich zotavení.

Duševní onemocnění významně zasahuje do všech oblastí života a může narušovat fungování člověka v jeho běžných aktivitách. Také bývá zatíženo stigmatem, v jehož důsledku se lidé uzavírají do sebe, nevyhledávají odbornou pomoc včas, a zároveň se jim snižuje šance najít si zaměstnání. Ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví může lidem s duševním onemocněním významně pomoci obnovit jejich schopnosti a dovednosti, které mohou být oslabené v důsledku nemoci či dlouhodobé hospitalizace. Zároveň je může pomoci podpořit v obnově jejich rolí a sociální participace v běžném životě. Pomocí vhodných aktivit přispívá ergoterapie ke zdraví a celkovému pocitu pohody pacientů. Podporuje zlepšení, nebo zachování funkčních schopností jedince a přispívá tak ke zvýšení jeho kvality života. Ergoterapie nabízí specializované znalosti a dovednosti, jejichž uplatnění podporuje nalezení a realizaci smysluplné činnosti a sociálního zapojení do společnosti. Principy ergoterapie jsou plně v souladu s konceptem zotavení a svými prostředky může zotavení jedince výrazně podpořit.

Zvláště významná je intenzivní podpora pacienta v závislosti na udržení jeho schopností v době hospitalizace, a přesto této oblasti není věnovaná dostatečná pozornost. Proto se ve své práci zaměřuji na možnosti ergoterapie v době hospitalizace v psychiatrické nemocnici a soustředím se na popis možností a zaměření skupinové práce, která je v rámci ergoterapie v době hospitalizace nejčastěji využívána.

Tato bakalářská práce má za cíl praktické zaměření na práci se skupinami v průběhu hospitalizace. Záměr práce je více ozřejmit práci ergoterapeuta v péči o pacienty s duševním onemocněním. Práce se zaměřuje na cílovou skupinu pacientů s diagnózou schizofrenie, poruchy s bludy a bipolární afektivní poruchou, kteří nejčastěji využívají následnou péči (ÚZIS, 2022).

Záměrem práce je více ozřejmit jedinečnou práci ergoterapeuta v práci s lidmi s duševním onemocněním ve fázi hospitalizace. Přispět k povědomí, proč je důležité mít

ergoterapeuty jako součást multidisciplinárního týmu v psychiatrických zařízeních. Zdůraznit důležitost udržení schopností a intenzivní podpory pacientů v době hospitalizace, ačkoliv této oblasti není věnována dostatečná pozornost. Vysvětlit, jaký význam mají aktivity a zaměstnávání v průběhu hospitalizace. Prohloubit povědomí o možnostech a zaměření skupinové práce, která je v rámci hospitalizace nejčastěji využívána.

Teoretická část práce popisuje současné působení ergoterapeutů v oblasti péče o duševní zdraví, vztah ergoterapie ke konceptu zotavení, stávající reformu psychiatrické péče, vliv dlouhodobé hospitalizace na člověka a práci se skupinou z pohledu ergoterapeuta. Zahrnuje podklady pro přípravu, vedení, ukončení a vyhodnocení skupinové terapie. Popisuje dynamické procesy skupiny a jak k nim v rámci skupinové ergoterapie přistupovat.

Praktická část práce je zaměřena na vybranou oblast aktivit pro vedení skupiny. Popisuje výběr hlavního tématu terapeutické jednotky a kazuistický popis průběhu jednotlivých terapií v praxi. Obsahuje strukturovaný zápis, hodnocení, a shrnutí praktické zkušenosti. V přílohách se nachází vytvořené cílené terapeutické jednotky, z nichž byla většina vyzkoušená v praxi. Zdrojem pro vytvoření terapeutických jednotek byly především odborné zahraniční zdroje literatury a specifické ergoterapeutické programy pro podporu zotavení prostřednictvím aktivity.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Obecné vymezení a cíle oboru ergoterapie

První kapitola teoretické části je zaměřena na vymezení základních pojmů a shrnuje informace z odborné literatury, zahraničních zdrojů, platných zákonů a vyhlášek.

2.1.1. Definice zdraví, duševního zdraví a ergoterapie

Pro plné pochopení hlavního cíle ergoterapie je potřeba uvést definici pojmu zdraví, duševního zdraví a ergoterapie. Níže bude popsán vztah mezi těmito pojmy.

WHO (Světová zdravotnická organizace) popisuje **zdraví** jako „stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha, nikoli jako stav bez nemoci nebo vady“ (WHO, 2022). **Duševní zdraví** definuje WHO (2018) jako „pocit pohody, v němž každý člověk naplňuje svůj vlastní potenciál, zvládá běžný životní stres, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispívat k prospěchu své komunity.“

Ergoterapie je jedinečný obor, který se snaží dosáhnout pomocí různých oblastí výkonu zaměstnávání co největší soběstačnosti pacienta/ klienta. „Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity.“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

Kvůli široké působnosti není definice oboru jednotná. V České republice stanovuje definici Česká asociace ergoterapeutů (2008): „*Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.*“

Spojení mezi zdravím člověka a zaměstnáváním existuje. Je součástí života každého člověka. Vyvíjí se v průběhu věku a svůj charakter mění vlivem sociálních rolí a kultury. Pokud dojde k přerušování zaměstnávání člověka, nastane zhoršení jeho tělesných a duševních funkcí. Aby byla udržena stabilní duševní pohoda, je potřeba nastolit rovnováhu mezi různými druhy zaměstnávání (Krivošíková, 2011).

Vztah mezi duševním onemocněním a účastí na aktivitě je považován za komplexní proces ovlivněný interakcemi napříč řadou faktorů. Je zdůrazňováno, že cílem ergoterapeutických intervencí je poskytnout jednotlivcům informace a vědomí o tomto vztahu a ukázat, jak toto povědomí může ovlivnit jejich schopnost zvýšit jejich vlastní pocit pohody prostřednictvím účasti na činnosti. Ergoterapeuti, kteří dobře porozumí souvislostem mezi

zdravím a výkonem činnosti, budou mít nejlepší pozici k oslovení informativní a vědomostní potřeby každého jednotlivce (CAOT, 2010). V případě narušení funkčního výkonu v zaměstnávání člověka, může být činnost použita k vytvoření adaptačních mechanismů pro facilitaci optimálního výkonu (Krivošíková, 2011).

Zdraví, duševní pohoda a kvalita života přímo souvisí se schopností přímo se účastnit smysluplného zaměstnání. Hlavním nástrojem ergoterapeuta pro podporu celkového pocitu blaha je poskytnout člověku příležitost k účasti na činnosti, která je smysluplná pro jeho vlastní život. Pro lidi trpící duševní poruchou je typické, že se nejsou schopni zapojit do společnosti. Pokud projeví zájem o produktivní aktivitu, která jim napomůže se opětovně sociálně začlenit, zvýší tak kvalitu svého života. „*Podpora zapojení klientů do smysluplných činností zahrnuje pochopení a využití individuálních psychologických a sociálních faktorů. Porozumění těmto aspektům je základem, na kterém je založeno veškeré hodnocení, intervence a výstupy ergoterapie.*“ (AOTA, 2016, s. 6).

Filozofický základ profese pohlíží na člověka jako jedinečného a autonomního jedince. Vychází z předpokladu, že člověk je aktivní bytost, pro kterou je smysluplné zaměstnávání nezbytné k udržení zdraví a duševní pohody (Krivošíková, 2011). Creek a Lougher (2008) shrnuly ergoterapeutické předpoklady do několika bodů:

- Výkon povolání je součástí základní podstaty lidského žití.
- Zapojení se do činností je zdraví prospěšné.
- Lidé potřebují rovnováhu mezi aktivitami.
- Mezi účelem a smyslem existují spojitosti.

Ergoterapeutická praxe vychází ze základního paradigmatu profese, který se v průběhu času formoval. Mezi nejčastěji používané rámce vztahů v péči o duševní zdraví patří: behaviorální rámec vztahů, kognitivně behaviorální rámec vztahů, psychodynamický rámec vztahů a humanistický rámec vztahů (Krivošíková, 2011). Jedním z hlavních zaměření je vztah mezi osobou, prostředím a zaměstnáváním, ze kterého vychází například Kanadský model výkonu zaměstnávání (Canadian Model of Occupational Performance – CMOP) a Model lidského zaměstnávání (Model of Human Occupations – MOHO). (Jelínková, 2009) Tyto ergoterapeutické modely praxe patří k nejčastěji využívaným modelům v ergoterapii v oblasti péče o duševní zdraví. Vychází z nich také praktická část této práce.

2.1.2. Postavení a role ergoterapeutů v oblasti péče o duševní zdraví

Ergoterapeut spolupracuje s osobami různého věku s rozdílnou podobou a mírou disabilit, které narušují jeho výkon ve všedních denních činnostech, produktivních činnostech

či volném čase. Vybírá vhodné aktivity a dle potřeby různě upravuje jejich prostředí, čímž ovlivňuje individuální fyzické, psychické a sociální aspekty člověka.

Působení ergoterapeutů se v jednotlivých zemích liší. Světová federace ergoterapeutů (World Federation of Occupational Therapists - WFOT) zveřejnila v roce 2020 průzkum, ze kterého vyplývá, že v České republice pracuje pouze jeden ergoterapeut na 10 000 obyvatel. Z průzkumných dat také plyne, že specializovaná oblast duševního zdraví trpí celosvětově zásadním nedostatkem odborných terapeutů (WFOT, 2020).

Ergoterapeuti v České republice nejčastěji pracují ve zdravotnických zařízeních a sociálních službách (Jelínková, 2009). Přesná statistika působení ergoterapeutů však v tuzemsku vedena není. Ergoterapeuti často pracují jako zaměstnanci s jinou odborností, nebo pod jiným názvem pozice (např. jako sociální pracovník).

Základem maximální zdravotní péče je dobře fungující multidisciplinární tým. Jenže v České republice je obor ergoterapie stále v nízké povědomosti a mnoho odborníků neví, jakou roli v týmu představuje právě ergoterapeut. Mnohdy ani samotní ergoterapeuti neumí stručně svou profesi vysvětlit. V oblasti péče o duševní zdraví jsou často zaměňováni s pracovními terapeuty, nebo je využívána jen forma kondiční ergoterapie. Ve skutečnosti je ale potenciál a zaměření ergoterapeutů mnohem větší.

Pracovní terapii/léčbu je třeba od ergoterapie odlišit. Klivar (2003) ve své knize popisuje ergoterapii jako manuální pracovní léčbu (léčbu prací) pro pacienty s fyzickou, mentální a duševní disabilitou. Pacienti na takových terapiích tvoří společensky užitečné činnosti, které mají konkrétní užitkový účel ve vztahu k lidským potřebám. I v metodice rehabilitační péče (Páv et al., 2017, s. 14) se setkáváme s tím, že dnes už oddělené pozice se zaměňují. *„Pracovní terapie, ergoterapie: Za tuto se obvykle považuje přiměřená pracovní činnost dle potřeb oddělení související s nácvikem sebeobsluhy, může být spojena s nácvikem rolí ve formě vlivné kontroly patientskou samosprávou, v jejímž vedení se nemocní střídají.“*

Pozice pracovního terapeuta lze dosáhnout absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu. Pracovní terapeut vykonává svou práci pod dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka a provádí činnosti pracovní terapie v rámci léčby (Vyhláška č. 55/2011 Sb; MZČR, 2016). K pozici ergoterapeuta je nutné absolvovat nejméně tříleté akreditované bakalářské studium. Náplň práce shrnuje MZČR do 4 základních kompetencí: autonomní kompetence, kooperativní kompetence, kompetence ve výzkumu a vývoji a kompetence v oblasti managementu (Zákon č. 96/2004 Sb.; MZČR, 2020).

Americká asociace ergoterapeutů (AOTA) definuje duševní zdraví jako klíčovou oblast pro praxi v 21. století (AOTA, 2021b), čímž potvrzuje důležitost zabývat se tím, jak

může ergoterapeut pomoci v psychiatrické oblasti. Pro zkvalitnění a rozšíření nabízené péče by měl být obor ergoterapie podporován a propagován jak u široké veřejnosti, tak mezi odborníky, což je ostatně jednou z povinností ergoterapeuta.

2.2. Péče o duševní zdraví

Tato kapitola se zabývá péčí o duševní zdraví s ohledem na aktuální směřování psychiatrické péče a její nedostatky.

2.2.1. Reforma psychiatrické péče

Pro zkvalitnění péče začala v České republice zhruba před dvaceti lety snaha o reformu systému psychiatrické péče. Dnes již reálně probíhá transformace systému, která usiluje o deinstitucionalizaci, neboli přesun dlouhodobé ústavní péče ke komunitním službám. Mezi hlavní cíle reformy péče o duševní zdraví patří vyvážení poměru mezi komunitními a nemocničními službami, vytvoření vyváženého modelu, který reflektuje potřeby uživatelů i pečujících, a poskytnutí co nejdostupnější kvalitní péče.

V roce 2013 byla přijata strategie reformy psychiatrické péče a v roce 2017 díky financování z evropských fondů začala realizace několika projektů. Od roku 2010 lze pozorovat, že dochází každoročně k průměrnému poklesu počtu lůžek o 1%. Každý rok mírně klesá i počet hospitalizací ukončených a pokračujících. (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2021a) Reforma se od roku 2013 soustředí hlavně na zlepšení kvality života duševně nemocných zprostředkováním komunitních Center duševního zdraví. Mezi další cíle reformy patří změna organizace poskytování péče, omezení stigmatizace duševně nemocných, zvýšení efektivity psychiatrické péče včasnou diagnostikou, plnohodnotným začleňováním duševně nemocných do společnosti, zlepšením provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb, či humanizování psychiatrické péče (MZČR, 2013).

Ačkoliv dochází k pravidelnému poklesu lůžek v psychiatrických nemocnicích, bohužel stále převládají lůžková oddělení s následnou péčí nad ambulantními službami. Někteří pacienti tráví v nemocnici několik týdnů, měsíců i více let a po propuštění z nemocnice mohou mít omezené schopnosti žít běžný život nejen z důvodu duševního onemocnění, ale i z důvodu možného rozvoje hospitalismu a sociální izolace.

Analýza současného stavu následné péče v českých psychiatrických nemocnicích pomocí dotazníku SUPR1 (systém ucelené psychiatrické rehabilitace) zjistila, že česká péče je spíše nižší v porovnání s mezinárodním hlediskem. Dotazník zahrnoval 145 otázek z několika

oblastí: prostředí, terapeutické prostředí, léčebné intervence, sebezpěče a autonomie, sociální začlenění, dodržování lidských práv a praxi vedoucí k zotavení. Vyplývá také, že nejmenší naplnění tvoří oblast autonomie, sebezpěče a dále zotavení, na které bychom se měli zaměřit (Páv, Kališová a Hollý, 2017).

Dle WHO (2019) se Česká republika v oblasti duševního zdraví s počtem 80,9 lůžek psychiatrické péče v přepočtu na 100 000 lidí řadí na třicáté sedmé místo v porovnání s čtyřiceti jedna evropskými zeměmi. S počtem 12,3 lůžek v komunitních pobytových službách se řadí Česká republika na dvacáté místo z čtyřiceti zařazených. Z těchto informací je zřejmé, že Česká republika se stále řadí mezi země s převažující institucionální péčí.

V roce 2020 bylo zaznamenáno nejvíc hospitalizovaných pacientů s diagnózou F10 Poruchy způsobené užíváním alkoholu (5 779 hospitalizací), dále pacienti s diagnózou F20 – Schizofrenie (5 378 hospitalizací) (viz kap. 2.6.) a F0 a na třetím místě pacienti s diagnózou G30 – Organické poruchy a Alzheimerova choroba (4 756 hospitalizací). Ve většině případů pobytu se jednalo o krátkodobé hospitalizace, tedy hospitalizace trvající do 3 měsíců. Nejmenší počet hospitalizací tvořily dlouhodobé hospitalizace trvající více jak půl roku. Z několikaletého hlediska vyplývá, že počty dlouhodobých hospitalizací v psychiatrických zařízeních zůstávají konstantní, počet střednědobých hospitalizací od roku 2010 konstantně narůstá, a naopak počet krátkodobých hospitalizací každoročně klesá (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021b).

Péče musí zahrnovat pomoc v léčbě onemocnění, ale také pomoc a podporu ve všech důležitých oblastech pacientova/klientova života, kam se zahrnuje celkový zdravotní stav, bydlení, zaměstnání, sociální, nebo společenský status. Pomáhat jak poskytovatelům péče, uživatelům péče a jejich blízkému okolí. Kvalitní péče musí být zajišťována multidisciplinárním týmem, jehož členové se pravidelně setkávají a sdílejí mezi sebou informace o potřebách a životních situacích pacientů. Plán zahrnuje postupné navýšení počtu akutních lůžek a snížení počtu lůžek následné lůžkové péče a vybudování center duševního zdraví pro zlepšení provázanosti péče v daném regionu. Centra duševního zdraví (dále jen CDZ) jsou určena především pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním SMI (Serious Mental Illness). Nejčastěji se tak klienty CDZ stávají lidé trpící schizofrenií, (viz kap. 2.6.) poruchami s bludy, nebo afektivními poruchami, kteří jsou nejvíce ohroženi institucionalizací a vyloučením z běžné společnosti. Taková centra nabízí jedinci mobilní, ambulantní, krizové i denní služby, jejichž cílem bude prevence opakované hospitalizace, zkrácení pobytu v nemocnici, včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění a nápomoc k reintegraci do společnosti (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017; Věstník, 2021).

Jako průvodce reformou psychiatrické péče slouží do roku 2030 Národní akční plán pro duševní zdraví, jehož cílem je zabezpečení podmínek pro plné zdraví obyvatel České republiky z pohledu široké oblasti charakterizované jako duševní pohoda. „*Současně by měl být do roku 2030 dokončen systémový proces reformy psychiatrie do takové míry, aby bylo lidem s duševním onemocněním umožněno prožít, i přes hendikep duševního onemocnění, maximálně možný kvalitní život s důrazem na dodržování všech práv obsažených v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením.*“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, s. 9).

Pro zkvalitnění psychiatrických služeb je potřeba léčbu zaměřovat na individuální potřeby člověka s duševním onemocněním ve všech důležitých oblastech jeho života. Ačkoliv role ergoterapie není v reformě jasně definovaná, je třeba podotknout, že může výrazně přispět ke zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním, posílit jejich samostatnost i zapojení do společnosti. Zabývat se možnostmi, jak tento obor může přispět ke zkvalitnění života lidí s duševním onemocněním v České republice, je proto více než důležité. Ergoterapie napomáhá člověku žít naplněný život, čímž snižuje riziko opětovné hospitalizace.

2.2.2. Rizika vzniku chronického duševního onemocnění

V České republice v porovnání s ostatními evropskými zeměmi stále převládají počty lůžkových zařízení s omezenými možnostmi péče, kde se zvyšuje riziko vzniku chronické nemoci a rozvoje hospitalismu. Pro zlepšení péče nestačí pouze nemocniční lůžka zrušit, jako zásadní se jeví provést komplexní reformu péče.

Podle Páv et. al. (2017) dlouhodobě hospitalizovaní pacienti ztrácí funkční schopnosti a stávají se závislí na svém okolí. Postupem času vyžadují vysokou pomoc a komplexní péči. Trpí vysokou mírou pracovní neschopnosti, sníženou sociální adaptabilitou a mohou se setkávat s porušováním jejich práv. Jejich léčbu může komplikovat nedostatečná odpověď na farmakoterapii, přetrvávání příznaků nemoci, snížení schopností fungování v běžném životě a mnohdy přidružené užívání návykových látek, alkoholu či drog.

Studie z roku 2015 zjistila, že největší vliv na fungování v oblasti všedních denních činností (ADL) a v oblasti instrumentálních ADL (IADL) měl počet hospitalizací pacienta. Konkrétně bylo zjištěno, že nárůst počtu hospitalizací předpovídá horší každodenní fungování po propuštění (Lipskaya-Velikovsky, Kotler, Easterbrook a Jarus, 2015). Existuje několik faktorů ovlivňujících opakované hospitalizace vedoucí ke vzniku chronického průběhu duševního onemocnění. Italská studie z roku 2019 se snažila zhodnotit nejdelší hospitalizace na akutním psychiatrickém oddělení. Všechny hospitalizace, které proběhly na

určité italské psychiatrické oddělení mezi lety 2010-2015 rozdělili do dvou skupin na základě trvání. Do kategorie s nejdelšími hospitalizacemi byli zahrnuti pacienti s diagnózou schizofrenie a s jinými poruchami s bludy. Studie zdůrazňuje, že zdravotnické programy zaměřené na snížení chronicity mohou zlepšit kvalitu života pacientů a snížit ekonomické a sociální důsledky dlouhodobých hospitalizací. Na základě podobných výzkumů zveřejnili faktory, které by mohly mít hlavní vliv na délku hospitalizace:

- *demografické*: pohlaví, národnost, věk, místo pobytu,
- *klinické*: diagnóza, farmakologie, dobrovolné/nedobrovolné přijetí, mimo psychiatrické léčebné aktivity (konzultace, terapie) a
- *organizační*: rehabilitační programy, sociální služby, způsoby propuštění (Di Lorenzo et al., 2020).

K těmto faktorům patří také stigmatizace spojovaná s předsudky, diskriminací a s vyloučením duševně nemocných ze společnosti. V důsledku toho ztrácí základní důvěru v mezilidské vztahy a zpravidla se uzavírají do sebe (Pěč a Probstová, 2009). Se stigmatizujícími postoji a chováním se lze setkat nejen v běžné populaci, ale také na úrovni lékařů a jiných pracovníků (Perry, Lawrence a Henderson, 2020). Následná obnova sociálního začlenění může pomoci osobnímu zotavení, posílit naději, sociální postavení, identitu a odpovědnost každého člověka. Nejedná se jen o fyzické začlenění do skupiny, přijetí musí mít pro jednotlivce i osobní význam. Sociální inkluze zahrnuje fyzické, sociální a psychologické aspekty výkonu zaměstnávání (Le Boutillier a Croucher, 2010).

2.3. Ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví

Následující kapitola popisuje úlohu ergoterapie v oblasti péče o duševní zdraví a představuje roli ergoterapeuta v primární péči v souvislosti s konceptem zotavení.

2.3.1. Zotavení v péči o duševní zdraví

Lidé s duševním onemocněním se mohou cítit v každodenním životě jako v „začarovaném kruhu“ nedostatku energie, apatie a izolace. Zapojení se do činností, které považují za smysluplné, může být klíčovým krokem v jejich procesu zotavení.

Dnes se více setkáváme s pojmem zotavení (recovery) v kontextu duševních onemocnění. *„Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“* (Anthony, 1993,

s. 3). Vývoji porozumění pojmu zotavení se věnovali i Lloyd, Waghorn a Williams (2008), kteří definují zotavení jako proces, který se skládá z klinických, osobních, sociálních a funkčních aspektů.

Ragins rozděluje proces zotavení na čtyři fáze: „*naděje, zplnomocnění, odpovědnost sama za sebe a smysluplná životní role*.“ (Ragins, 2018, s. 20-21) Pro rehabilitační model byly tyto fáze modifikovány do tří hlavních: „*stabilizace, reorientace a reintegrace*“ (Wilken, 2013). Stabilizací se rozumí získání kontroly nad symptomy a reorientací se rozumí zkoumání důsledků nemoci a hledání způsobu, jak se vrátit do běžného života. Třetí fáze reintegrace značí obnovení smysluplných činností, budování vztahů a získání sociálních rolí. Spaniol et al. (2002, s. 329-331) popsal fáze zotavení, jako: „*přemožení nemoci, zápas s nemocí, život s nemocí a život nad rámeček nemoci*.“ Ačkoliv různí autoři opisují proces zotavení odlišnými pojmy, celkově se shodují na tom, že se jedná o individuální proces zrání a růstu, který není přímočarý a nelze ho předem s jistotou predikovat.

V praxi je přístup zaměřený na zotavení velmi individuální:

- „*podporuje sebeurčení a schopnost řídit vlastní duševní zdraví a pohodu,*
- *zahrnuje individuální, osobní a na silných stránkách založenou péči, která reaguje na jedinečnost člověka, jeho životní okolnosti, potřeby a preference,*
- *podporuje lidi při definování jejich cílů, přání a tužeb a*
- *zahrnuje holistický přístup, který řeší řadu faktorů, které mají dopad na blahobyt lidí, jako je bydlení, vzdělávání a zaměstnání a rodinné a sociální vztahy, podporuje sociální začlenění lidí, účast v komunitě a naplnění občanství.*“ (Bateman et al., 2011, s. 3).

Lloyd, Waghorn a Williams (2008) se shodli, že by se na omezení mělo pohlížet stejnou měrou jako na jedinečnost, silné stránky, nadání a zájmy každého člověka. Dále zdůraznili, že k provedení procesem zotavení by měli pracovníci včetně ergoterapeutů, podporovat pacienty v převzetí odpovědnosti za své zdraví. Nabídnout jim možnosti léčby, pomoc aktivně se podílet na řízení jejich péče, posílit dovednosti a různé formy podpory tak, aby si pacienti mohli sami definovat, co potřebují v podpoře zotavení. To umožňuje snížení zátěže způsobené duševní nemocí nejen u pacienta, ale i u jeho rodiny a širší komunity.

2.3.2. Zotavení v akutní péči

Zavedení praxe zaměřené na zotavení na akutních odděleních psychiatrických nemocnic podle Lloyd et al. (2017) stále stagnuje. Skandinávská studie z roku 2019 zjistila, že ergoterapeuti v akutní péči považují zaměstnávání jako důležitý aspekt praxe, ale v akutní péči se setkávají s mnoha překážkami jak na organizační, týmové i individuální úrovni.

Nemocniční prostředí vidí jako umělé prostředí s omezeným prostorem a prostředky k podpoře výkonu povolání. Dále vliv lékařského modelu, který se soustředí především na diagnózu, omezuje možnosti pracovního přístupu ergoterapeutů. Studie také poukazuje na to, že ergoterapeuti mají nedostatečnou evidenci o vlivu ergoterapie zaměřené na zaměstnávání v praxi akutní péče (Murray, 2020).

Podle Moua (2020) má ergoterapeut první příležitost zahájit u pacienta proces zotavení. Podporuje utváření dovedností a strategií vedoucí k osobnímu rozvoji a dosažení vlastních cílů. Pacientovi pomáhá znovuobjevit vlastní pracovní preference a potřeby. Aktivně vede terapeutický proces založený na neustálých interakcích mezi terapeutem a pacientem, aby se zjistilo, jestli léčba a cíle budou i nadále pro pacienta smysluplné a osobní, čímž posiluje vzájemně důvěrný vztah (Doroud, Fossey a Fortune, 2015).

Kvalitativní studie od Kelly, Lamont a Brunero (2010) popsala úzký vztah mezi filosofií ergoterapie a zotavením tak, že zvýšený zájem o zaměstnávání posiluje na cestě zotavením pocity sociální soudržnosti, smyslu, účelu, pravidelnosti, kompetence produktivity, získávání dovedností i potěšení. Účastníci studie diskutovali o zotavení skrze zaměstnávání jako o cestě zahrnující odpovědnost, aktivní volbu, posílení, naději a hledání osobního smyslu. Znovu nabyli pocitu zplnomocnění a převzatí kontroly nad svým životem. Lloyd et al. (2017) dodává, že ergoterapeut v zájmu komplexní péče může přizvat ke spolupráci peer pracovníky (člověk, který prochází nebo prošel stejnou situací nebo problémem jako pacient terapie a má tedy podobné zkušenosti) a na denní bázi s ním řešit hodnocení, individuální terapie i skupinové terapie a plánování propuštění pacienta.

Cestu k zotavení lze chápat jako jedinečnou osobní cestu nelineárního vzrůstu. Tento proces neodpovídá konkrétnímu modelu péče, ale vychází z holistického pohledu, který přináší pacientovi naději. Ergoterapeuti využívají přístup zaměřený na celkovou kondici a podporují zotavení, protože je v souladu s praxí zaměřenou na člověka a zaměstnávání. Zapojují pacienta do řízení jeho vlastního zdraví a podporují nezávislost v jeho vyváženém a uspokojivém životě. V praxi kladou důraz na silné stránky jedince, stanovení osobních cílů, sociální začlenění, nebo sebeřízení. Individuálně si musí každý člověk projít procesem a několika fázemi sám, přičemž ho ergoterapeut touto cestou provází.

2.3.3. Ergoterapie v akutní péči

Přestože se v posledních letech zvýšil zájem o informace o ergoterapii v péči o duševní zdraví (Kirsh et al., 2019), je tato literatura aktuálně zastíněna zaměřením na komunitní péči (Syed, 2020).

Většina ergoterapeutických modelů se zaměřuje na výkon zaměstnávání. Pokud by se ale ergoterapeutický proces od začátku spolupráce zaměřoval na celkovou pohodu, zvýšil by tím šanci na osvojení si nových způsobů jednání v životě člověka (Pizzi a Richards, 2017). Zlepšení primární péče vede ke snížení potřeby hospitalizace nebo jejího průběhu. Zkvalitnění služeb podněcuje prevenci rozvoje nemoci.

Na začátku spolupráce je klíčové navázat s pacientem na akutním oddělení profesionální vztah zaměřený na stabilizaci v souladu s jeho individuálními potřebami a tužbami. Po zvládnutí akutních symptomů si pacient tvoří díky ergoterapeutickému vedení, vytváří například pomocí edukace náhled na nemoc a postupně přebírá zpět život do svých rukou. Páv et al. (2017) doporučuje, aby za tvorbu individuálního terapeutického plánu byl odpovědný jeden pracovník, zpravidla ošetřující lékař koordinující poskytovanou terapii v době hospitalizace. Jiní členové týmu potom stanoví terapeutické plány v rámci konzultací v multidisciplinárním týmu.

Schopnost zvládat každodenní život bývá významně narušena, když u pacienta propuknou akutní příznaky, a proto vyžaduje akutní péči. Hlavní role ergoterapeuta nastává, když se stav pacienta stabilizuje a začne se připravovat na návrat domů. Ergoterapeut pečlivě vyhodnotí aktuální situaci pacienta a nabízí řadu léčebných postupů zaměřených na posílení strategií zvládání a překonávání příznaků nemoci, nácvik dovedností, soběstačnost či sociální participaci. Tato praxe se stále vyvíjí a postupně přibývají důkazy o pozitivním vlivu ergoterapie na osamostatnění jedinců.

K naplnění nově vznikající role ergoterapeuta v akutní péči by se měl ergoterapeut podle Lloyd a Williams (2010) zabývat čtyřmi hlavními složkami a to individuálním hodnocením, skupinovou terapií, individuální terapií a plánováním propuštění.

Straathof, McNamara a Simoneau (2019) považují ergoterapii za jedinečný obor v pochopení a řešení složitých vztahů, které spojují symptomy, poruchu, funkci a pracovní výkon. V oblasti akutního duševního zdraví se dle autorů ergoterapeuti zaměřují na zlepšení výkonu činnosti v několika oblastech:

- **aktivace:** stanovení struktury dne a obnovení smysluplných činností,
- **hodnocení funkčního potenciálu:** posouzení, udržování nebo posilování funkce, výkonu a dovedností,
- **posilování strategií zvládání:** zlepšení regulace emocí, zvládání stresu, komunikace a duchovní složky při zapojení do smysluplných činností a
- **příprava na propuštění, posílení sebepéče, produktivity a zapojení ve volnočasových aktivitách:** podporování úspěšného opětovného začlenění do komunity

prostřednictvím plánování vyvážených, zdraví prospěšných aktivit a využívání zdrojů komunity.

Mnoho studií prokázalo, že hospitalizovaní pacienti se často potýkají s „nudou“ a to může mít za důsledek zvýšení kouření, agrese a negativní vliv na duševní zdraví. Nabídnutí smysluplné činnosti umožňuje pacientům dívat se do budoucna pozitivně (Marshall et al., 2020). Ergoterapeutické intervence se mohou zaměřit na podporu vhodného chování, kognitivních funkcí, sociálních vztahů, celkového zotavení a duševní pohody. Noguchi et al. (2021) porovnávali po 12 týdnů standardní ergoterapii s cílenou ergoterapií na podporu duševní pohody. Po absolvování programu cílené ergoterapie se prokázalo posílení pozitivních emocí, schopností požádat si o pomoc a zvýšení úsilí k dosažení svých cílů. Autoři také dodávají, že pro osvojení si správných návyků pro běžný život by byla třeba v intervenci pokračovat delší dobu.

2.3.4. Specifika ergoterapeutického procesu v akutní psychiatrické péči

Ergoterapeutický proces je založen na spolupráci mezi ergoterapeutem a pacientem a můžeme ho rozdělit na pět fází a to **příjem, hodnocení, plánování léčby, ergoterapeutické intervence a propuštění**. Finlay (2004) k tomu procesu ještě přidává budování vztahu (které zahrnuje procedurální, interaktivní a podmíněné uvažování o potřebách/problémech jedince), klinickou úvahu (která zvažuje dovednosti, potřeby, způsob života) a řešení problémů.

Na ergoterapii je pacient **přijat** nejčastěji po indikaci lékařem. Na prvním setkání si ergoterapeut ověřuje základní informace a určuje s pacientem hlavní očekávání od terapie (Krivošíková, 2011).

V druhé fázi **hodnotí** ergoterapeut pacientův stav. Zjišťuje, v jakých oblastech a za jakých podmínek má pacient potíže, použitím strukturovaných otázek.

- V jakých situacích nastává váš akutní stav?
- Jak tento stav ovlivňuje vaše chování?
- Jak dlouho zpravidla trvá tento stav?
- Jaké situace zhoršují a jaké zlepšují váš akutní stav?
- Jak moc je třeba ovlivnit tento stav, aby vás nenarušoval v běžných situacích?

Dále se pacienta doptává na role, které v životě vykonává, jaké má dovednosti a zájmy. Ergoterapeut by se neměl soustředit pouze na nemoc. Identifikuje emoční, kognitivní, fyzické, sociální a funkční problémy v různém sociálním prostředí a jejich dopad na fungování v běžném životě. Definuje také pozitivní stránky pacienta, ať už zájmy, přesvědčení, dovednosti nebo motivace, které bude možné využít při léčbě. Nakonec probíhá

výběr klíčových problémů, na které se bude terapie zaměřovat. Získané informace jsou konzultovány s pacientem a multidisciplinárním týmem, který stanoví priority pro léčbu. Priority by měly být realistické a přesně zaměřené (Finlay, 1997).

Plánování léčby vychází z vyšetření. V této třetí fázi dochází k sestavení plánu a ke stanovení hlavních a vedlejších, krátkodobých a dlouhodobých cílů.

Ergoterapeutické intervence mohou probíhat formou individuální, nebo skupinové terapie. Mají předem stanovený počet setkání. V případě, že u pacienta dojde k propuknutí psychického onemocnění, intervence proběhnou omezeně. Při akutním stadiu psychického onemocnění je pacient primárně léčen léky. Ergoterapeutická péče je v té době na akutním oddělení psychiatrické péče omezena na využívání pomocných technik k ovládnutí pacientova chování. Využívá koncentrační a relaxační metody k zaměření pozornosti, nebo hodnocení funkčního výkonu při aktivitách. Po zlepšení stavu se pacienti začnou připravovat na návrat domů a jsou jim nabízeny strategie zvládnutí (coping strategies) jako např.:

- praktické tréninky **zvládnutí úzkosti**;
- **rukodělné aktivity** k podpoře produktivity, sociálního kontaktu a sebeúcty; a
- **skupinové aktivity** k tréninku podpory a učení se od druhých.

Pokud je pacient hospitalizován na lůžku následné péče, může zde trávit měsíce i roky. Takoví pacienti mívají zpravidla narušené fungování ve všech oblastech denních aktivit. Na ergoterapii jsou podporováni k udržení si či zlepšení optimálních funkcí a samostatnosti. Samotné terapie jsou nejčastěji zaměřené na tyto položky: všední denní činnosti, produktivní činnosti a volný čas a sociální dovednosti.

Do procesu mohou být přizváni i nejbližší pacienta. Spolupráce může být navázána s jeho rodinou i nejbližšími přáteli. Ergoterapeut příslušníky edukuje o používaných metodách, poskytuje poradenské služby a instruuje (Finlay, 1997).

Propuštěním se míní ukončení spolupráce mezi terapeutem, pacientem a jeho nejbližšími. Na závěr spolupráce probíhá závěrečné hodnocení, zhodnocení dosažení cílů a doporučení dalších postupů. V rámci koordinované péče by měla být pacientovi nabídnuta ergoterapie i po propuštění z nemocnice, ideálně hned první týden, kdy se u něj mohou objevit krizové situace (Clewes a Kirkwood, 2016).

2.4. Práce se skupinou v ergoterapii

Ergoterapeutické intervence mohou probíhat skupinovou formou. „*Skupina je pro člověka nezbytným a ničím nenahraditelným sociálním útvarům, bez něhož by zcela jistě po*

svém narození nepřežil. Potřeba kontaktu s druhými lidmi je naprosto zásadní a nenahraditelná po celý lidský život.“ (Truhlářová, 2014, s. 6).

2.4.1. Formy skupiny

Skupinové terapie mají různou formu, strukturu, cíl i proces tvorby a průběhu. S ohledem na tyto skutečnosti by měl terapeut při sestavování terapeutické jednotky zvolit vhodnou formu a stanovit cíle.

Na skupinových terapiích se využívají různé techniky usnadňující učení a získávání dovedností prostřednictvím skupinové dynamiky (viz kap. 2.5.) a sociálních interakcí (AOTA, 2014). Hlavní výhodou této formy terapie je možnost zabývat se problémy více klientů najednou, což podněcuje příležitosti k sociálnímu učení (Stibůrková, 2017).

Dnes v rámci hospitalizace v oblasti péče o duševní zdraví probíhá většina terapií skupinově. Forma skupiny může mít uzavřený, nebo otevřený charakter.:

- **Otevřené skupiny** mívají neomezené trvání, jsou obvykle tematicky zaměřené a pacienti se často rychle vžijí do tamější atmosféry.
- Do **uzavřené skupinové** terapie již nemohou noví pacienti vstupovat. Práce se členy skupiny umožňuje snadnější vytvoření atmosféry důvěry a sounáležitosti.

Velikost skupiny se odvíjí od jejího složení, problémů pacientů, využívaných technik, stanovených cílů a místa, kde se odehrává (Stibůrková, 2017). Forma skupiny může být strukturovaná, kde její členové plní společné zadání, či nestrukturovaná, kde se plní zadání individuálně. Smíšené skupiny přístup kombinují (Jelínková, 2009).

Pěč a Probstová (2009) poukazují na skupinové terapie jako na místo, které by mělo pacientovi usnadnit orientaci časem a místem a posílit vztah k vnitřní a vnější realitě. V praxi se více aplikují otevřené skupinové terapie probíhající až třikrát týdně po dobu 45 minut ve velikosti 5-7 členů.

2.4.2. Příprava a proces skupiny

Zatímco individuální terapie by měly tvořit základ léčby, skupinové terapie by měly být pacientům nabízeny na základě klinické úvahy ergoterapeuta s uvážením vhodného načasování, účelu a formy skupiny. „*Pro výběr pacientů pro skupinovou intervenci je třeba předložit analýzu činnosti s ohledem na pacientovi:*

- *individuální cíle a současné funkční schopnosti,*
- *psychosociální potřeby a výhody léčby ve skupině,*
- *funkce a smyslové poruchy (např. zrak, sluch).*“ (AOTA, 2014).

Kontraindikací pro účast na skupinové ergoterapii může být akutní psychotický stav, sebevražedné sklony, organická porucha, fyzická nezpůsobilost, těžký kognitivní deficit, závažná porucha osobnosti, nebo nízká motivace (Ezhumalai, Muralidhar, Dhanasekarapandian a Nikketha, 2018).

Ergoterapeut by měl pro každou skupinu zvážit:

- „*principy skupinové dynamiky, skupinových rolí a skupinového učení,*
- *fyzické prostředí,*
- *velikost skupiny a*
- *organizační a právní požadavky.*“ (Bielenberg et al., s. 67, 2017).

Pokud se setkají ve skupině pacienti v různých fázích onemocnění, mohou získat prospěch díky sdílení prožitých zkušeností a zotavení. Velikost skupiny by se měla přizpůsobit možnostem a funkční kapacitě pacientů. „*Skupinová intervence by měla být zaměřena na konkrétní cíl v plánu péče každého pacienta. Cíle nemusí být stejné nebo dokonce ani podobné pro všechny pacienty. Každý z nich by měl být schopen se s pomocí odborníka smysluplně zapojit do skupiny. Intervence musí být odborné a lékařsky nezbytné.*“ (AOTA, 2014).

Proces skupiny vychází z nashromážděných informací o jednotlivých členech, ze spolupráce s multidisciplinárním týmem a rozhovorů s pacienty o jejich zájmech, potřebách a prioritách. Pro analýzu výkonu zaměstnávání se provádí analýza výkonu a činnosti, skupinového kontextu. Posuzuje se také u každého člena skupiny jeho výkon zaměstnávání (funkční výkon), jeho dovednosti a vzorce, faktory pacienta a celkově vliv individuálního chování na skupinu. AOTA (2020) sestavila přehledovou tabulku popisující proces v práci se skupinou (viz Příloha č. 1).

2.4.3. Vedení skupinové ergoterapie

Sekvenci kroků pro vedení skupinové terapie nazýváme modelem. Originální zpracování provedli Pfeiffer a Jones v Reference Guide to Handbooks and Annuals (1973). Často využívaný model vychází z práce Cole (2012). Tento model v sobě obsahuje sedm kroků pro přípravu a vedení terapeutické jednotky.:

1. úvod (kam řadíme rozehrání, naladění, očekávání skupiny, vysvětlení záměru, přehled plánovaného programu skupiny, vytvoření bezpečí),
2. činnost (časování, fyzické a mentální schopnosti, terapeutické cíle, adaptace),
3. sdílení,
4. zpracování,

5. zobecnění,
6. využití a
7. shrnutí.

Tento model vychází z holistického přístupu zaměřeného na pacienta. Využívá potenciálu členů skupiny pro vzájemné učení se a následné přenesení do běžného života. Pro jednotlivé skupiny může být velmi dobře přizpůsoben.

Na **úvod** setkání je třeba se skupině představit. Zvláště u otevřené skupiny nebo skupiny polouzavřené je třeba tomuto věnovat dostatečnou pozornost. Jednotlivé představení členů a ergoterapeuta podporuje sjednocení skupiny. Hned první slova terapeuta mohou mít velký vliv na atmosféru celé terapie. Terapeut si utváří na základě porozumění, potvrzení a vcítění se do potíží klienta očekávání, jak se bude terapie vyvíjet (Bedics, 2019). Tuto fázi lze využít pro naladění na téma a pro posílení napojení ve skupině skrze zařazení určitého tématu nebo způsobu, jak se představit (např. skrze činnost, kterou rád vykonávám, své jméno napsat před sebe a říci jeho příběh). Před začátkem činnosti by si měl ergoterapeut ověřit pozornost skupiny a popřípadě navrhnout cvičení na rozehrání (například cvičení zaměřené na krátkodobou paměť, k naladění na dané téma skupiny) nebo je možné získat pozornost skupiny skrze nenucené povídání o aktuálním naladění členů. Chování terapeuta by se mělo odrážet od očekávání skupiny. Jeho vystupování je vždy vzorem pro ostatní. Pokud pacienti neznají záměr sezení, je třeba ho jasně vysvětlit a skupinu motivovat. Pro pacienty s mírnou kognitivní disabilitou je například vhodné uvést práci větou: „Díky těmto cvičením se budete cítit lépe.“ Důležitou úlohou ergoterapeuta je vytvoření bezpečného a komfortního prostředí. Reflektovat potřeby a očekávání členů skupiny. V úvodu by měly zaznít cíle terapeutické jednotky, její náplň a praktické informace k průběhu.

Po úvodu přichází hlavní **činnost**. Pro výběr vhodné aktivity je třeba zvážit mnoho faktorů, jako jsou informace o pacientech, jejich aktuální zdravotní stav, fyzické a mentální schopnosti, dysfunkce, zkušenosti terapeuta, možnosti adaptace činnosti a skupinovou dynamiku. Při přípravě terapeutické jednotky se jednotlivé činnosti a terapeutické cíle časují podle potřeb skupiny. Mezi užitečné cíle setkání se řadí například strategie zvládání stresu, určování priorit a hodnot, trénink sociálních dovedností či hospodaření s penězi. Ergoterapeut zvažuje míru zasahování, vedení a podporu vzájemného učení se. Upravuje náročnost aktivity podle schopností jednotlivých členů skupiny.

V další fázi mají pacienti prostor ke **sdílení** zážitků a výsledků své práce. Každý člen musí dostat příležitost k vyjádření (např. výtvarného) díla, nebo popisu zážitku. Významné jsou verbální i neverbální reakce od ostatních členů. Zejména pak ocenění nebo

ergoterapeutem řízená citlivá kritika jsou velmi podstatné. Ergoterapeutovo citlivé vedení skupiny v této fázi je zcela zásadní.

Fáze **zpracování** zahrnuje reflexi intraprofesionálních procesů, procesů ve skupině, vyjadřování pozitivních a negativních dojmů členů i ergoterapeuta za účelem porozumět dějům ve skupině a učit se z nich. Mezi příklady takových procesů můžeme řadit např.: usilování o moc, tvoření menších skupin, svalování viny na ostatní a konflikty. Správné zpracování může odhalit podstatné informace. V takovou chvíli může ergoterapeut navázat diskuzi a pomoci skupině porozumět povzbuzujícím a odrazujícím faktorům skupinového procesu.

Porovnáním dosažení hlavních cílů s původním plánem lze získané informace **zobecnit**, tedy shrnout podstatné děje nebo výstupy za účelem jejich zjednodušení pro jejich snadnější osvojení.

Fáze **využití** vychází ze zobecnění a umožňuje formulovat možné využití a vliv do zkušenosti do budoucna. Ergoterapeut pomáhá členům porozumět principům, které se na sezení naučili. Pomocí rozhovoru mohou členové individuálně odpovídat na otázku, jak by se v určité situaci zachovali. Terapeut může se skupinou sdílet, jak se v takové situaci choval on.

Při **shrnutí** se rekapitulují základní poznatky, které si členové mají zapamatovat a osvojit. Mohou být formulovány ergoterapeutem nebo samotnými členy skupiny. Tento krok nelze dopředu připravit, protože se odráží od reakcí členů. Je dobré si na něj vyhradit 4-5min, během kterých se zmíní cíle, náplň a proces skupiny. Nakonec je vhodné poděkovat členům za účast a rozloučit se.

Závěry ergoterapeut zaznamenává do zápisu ze skupiny. Ten vchází z používané databáze a vedení elektronické dokumentace na daném pracovišti. Pokud k němu mají přístup i další členové multidisciplinárního týmu, napomáhá to lepší koordinaci a plánování péče. Ergoterapeut může podrobněji zpracovávat záznam ze skupiny formou nestrukturovaného popisu skupiny, nebo může být hodnocení zpracováno strukturovaně např. ve formě nesystematického textu, nebo systematického formuláře či hodnocení. Mezi oblasti, které popisujeme patří např. jestli se dosáhlo skupinových cílů, jaká atmosféra ve skupině panovala, zda si členové důvěřovali, zda se dělili na menší skupiny, jestli byli ohleduplní, či schopni rychlého rozhodnutí.

Posláním efektivního vedení terapie je klást vhodné otázky, pomocí kterých se formuje vhodné skupinové chování. Pokud nastane ticho, není třeba se mu hned vyhnout. Pro členy může působit přínosně jako čas, kdy individuálně zpracovávají podněty skupiny. Terapeut ticho může podnítit otázkami: „Proč je pro vás teď tak těžké pracovat?“, nebo „Jaké

je tohle ticho? Je to smutné ticho, znuděné nebo rozzlobené?“. Pokud někdo přestane spolupracovat, může to být z důvodu ochrany, obrany nebo nepochopení zadání úkolu nebo jiných dějů spojených s příznaky nemoci. Po zjištění příčin a potřeb člověka přichází adekvátní reakce terapeuta. Například při propuknutí akutních příznaků nemoci se může člověk cítit velmi vyčerpaně a nechat ho ve skupině pouze naslouchat pro něj může být nejvhodnější. Můžeme také aktivitu uzpůsobit aktuálnímu stavu a potřebám člověka. Je proto dobré již při přípravě terapeutické jednotky uvažovat o možném stupňování náročnosti aktivity dle schopnosti jednotlivých pacientů. Když není možné zjistit jaký je důvod, proč se člověk nechce zapojit do aktivity, je dobré nabídnout mu jinou, více pasivní roli ve skupině nebo nabídnout možnost neúčasti na skupině např. slovy: „Dnešek pro vás možná není dobrým dnem pro to být zde ve skupině, můžete tu zůstat s námi a jen naslouchat nebo odejít a budeme se na vás těšit příště.“ (Vannicelli, 2014).

Terapie má několik fází a záleží hlavně na terapeutovi, jestli zvládne skupinu všemi kroky provést. Pacienty pravidelně povzbuzuje a úkoly aktivně přizpůsobuje nejen jednotlivým členům, ale i s ohledem na aktuální dění ve skupině. Na akutním oddělení psychiatrických nemocnic se lze setkat s pacienty s různou mírou aktivity, různého věku, skupiny často sdružují i lidi s různou diagnózou a není výjimkou, že dojde k náhlé změně zdravotního stavu některého člena skupiny. Na fungování jedinců má velký vliv farmakoterapie, kvalita spánku, naladění, motivace ale i jiné osobní události.

2.4.4. Ukončení skupinové ergoterapie

Cole (2012) popisuje, že učení, které probíhá ve skupině, může být výrazně posíleno dobrým ukončením procesu. V uzavřených skupinách je datum ukončení naplánováno, ale přesto musí terapeut skupině pomoci skupinu uzavřít a ukončit. Ať už členové očekávají, že se jindy jednotlivě setkají nebo ne, ukončení skupiny obvykle znamená zánik skupinových vztahů. Členové mohou náhle cítit pocit bolesti a úzkosti. V reakci na to mívají tendenci ke stažení do sebe, znehodnocení důležitosti skupiny, hněvu vůči vedoucímu či jiným členům, mlčení, nečinnosti nebo předčasnému odchodu ze skupiny. Některé skupiny mají tendenci k regresi, konfliktu nebo ignorování samotného ukončení. Terapeut může skupině pomoci předejít zmíněným emocím a chováním několika postupy:

- 1. Přezkoumá skupinové zkušenosti, cíle a učení, které probíhalo v průběhu skupiny.** Terapeut může povzbudit členy, aby verbalizovali cíle, kterých dosáhli, nebo jim může pomoci připomenout, jakých zkušeností nabyli.

2. **Přezkoumá starosti a pocity týkající se separace a ztráty.** Dobrý terapeut podpoří vyjádření bolestivých, smutných, našťvaných nebo úzkostných pocitů, aby připravil členy na rozdělení. Ergoterapeut často tyto pocity také zažívá a může je sdílet se skupinou jako příklad.

3. **Využije poradenství.** Empatie, zrcadlení, reflexe nebo konfrontace jsou v tomto procesu často užitečné, aby pomohly členům místo vyhýbání se přijmout jejich pocity.

4. **Dokončí nedokončenou práci.** Terapeut by měl povzbuzovat členy, aby předkládali otázky, které dosud nejsou vyřešeny, a navazovali na minulé konflikty s cílem uzavřít je.

5. **Poskytne zpětnou vazbu o naučených dovednostech.** Členové skupiny mohou být zapojeni do poskytování vzájemné zpětné vazby o provedených změnách nebo mohou formulovat, co bylo získáno ze skupinových činností.

6. **Pomůže zobecnit učení.** Jako způsob, jak pomoci členům přijmout separaci, lze klást důraz na to, jak to, co se naučili ve skupině, může být praktikováno a aplikováno jinde. Když členové pochopí, jak mohou uplatnit své dovednosti ve svém životě mimo skupinu, mohou se posunout dál, aniž by snižovali význam svých skupinových zkušeností.

Pro dobrý proces ukončení je nutné, aby terapeut pracoval s tímto tématem již od začátku skupinové ergoterapie a cíleně se pak zaměřil na fázi ukončování v závěrečných setkáních. Bývá dobrou praxí zařazení závěrečného rituálu nebo ceremonie, ocenění, na samotný závěr skupiny. Může to být předání certifikátu o absolvování, společné shrnutí dosažených úspěchů např. skupinovou koláží, potlesk pro jednotlivé členy skupiny, formulace přání do dalšího života pro každého člena skupiny apod.

Proces ukončení otevřené nebo polouzavřené skupiny má samozřejmě jinou dynamiku. Otevřené skupiny často mají dlouhodobé trvání s možností účastnit se skupin bez větších časových omezení. Zde terapeut pracuje s vyhodnocováním a ukončováním účasti na skupině jednotlivě s každým člověkem a soustředí se na vyhodnocování procesu učení v rámci jejich procesu zotavení. Velmi cenným zdrojem přitom může být potenciál skupiny pro podporu tohoto procesu zrání, růstu a zapojování do běžného života.

2.4.5. Vyhodnocení skupinové ergoterapie

Poslední fází ergoterapeutického procesu by mělo být zhodnocení zrealizované terapie. Na závěr setkání terapeut získává od členů skupiny zpětnou vazbu. Nejčastěji je zpětná vazba získávána pomocí rozhovoru a otázek terapeuta, může být ale také realizována pomocí dotazníku (viz Příloha č. 2). Zjišťuje, co bylo pro členy nejtěžší, nejprínosnější, nebo jestli byly stanovené cíle a záměr terapie pro skupinu jasný apod. Pro zpětnou vazbu je také možné využít neverbálních prostředků (např. terapeutických karet, vyjádření pocitů pomocí

barev, pohybu těla, hrou na buben apod.). Hodnotit lze také pozorováním, využitím standardizovaných testů. Zachytit se mohou pohledy jak od všech členů, tak od terapeuta. Svědomitý terapeut nehodnotí pouze na závěr terapie. Pozoruje a hodnotí nepřetržitě v průběhu celé terapie, zkoumá, zda je terapie efektivní a případně ji aktuální situaci přizpůsobuje.

Měření výsledků a dosažených změn v oblasti péče o duševního zdraví může být náročné s ohledem na komplexní povahu obtíží, které pacienti ve skupině řeší. Podle Schwartzberg, Trudeau a Vega (2013) by se do hodnocení skupinové intervence mělo zahrnout několik aspektů: pohled pacienta, validita, reliabilita, přizpůsobení se různým systémům zdravotní péče, posudek celkového zdravotního stavu pacienta, přijetí k léčbě, vliv příznaků nemoci na chování jedince a výskyt v několika časových intervalech. Mezi konkrétní používané nástroje hodnotící psychometrické vlastnosti se řadí: **Brief Psychiatric Rating Scale**, **Global Assessment of Functioning Scale**, **Allen Cognitive Level Screen** a **Patient Satisfaction Questionnaire**. Pro zajištění jednoduchého vyplnění, zachycení efektivity a všech důležitých aspektů skupiny byla vyvinuta díky Scanlan et al. (2015) také dvanácti položková hodnotící stupnice skupinové participace (viz Příloha č. 3: *Hodnotící stupnice skupinové participace*). Pro komplexní ergoterapeutické hodnocení výkonu činnosti lze také využít škálu **COTE Scale**, která byla vyvinuta přímo pro akutní psychiatrii, nebo nástroje vycházející z MOHO, jako je **Dotazník vůle** (Volitionaire questionnaire), **ACIS** (The Assessment of Communication and Interaction Skills) apod.

Důležitost závěrečného zhodnocení spočívá v zachycení změny v dané problémové oblasti a vyhodnocuje efekt léčby jako celku. Při cíleném hodnocení lze porovnat 3 různá hlediska: zda se dosáhlo cíle terapie a zda se pacient při funkčním výkonu subjektivně a objektivně zlepšil. V rámci skupiny ergoterapeut bere v úvahu hodnocení každého člena skupiny a jeho výstup včleňuje do hodnocení skupiny jako celku, kde se pracuje s dynamikou skupinové terapie. V tomto se hodnocení skupinové terapie liší oproti té individuální. Pro hodnocení individuální terapie se používá nástroj Hodnocení výkonu zaměstnávání (COMP), který zjišťuje subjektivně vnímané změny ve výkonu zaměstnávání v průběhu času a napomáhá pacientovi identifikovat jeho potřeby a potíže.

V zájmu zvýšení kvality poskytovaných služeb by terapeuti měli také reflektovat svou práci, provádět kontinuální klinickou úvahu, hodnotit sami sebe a svůj výkon. Promítá-li si terapeut zpětně svůj výkon, postoje a jednání, zásadně tím ovlivňuje svou schopnost pracovat efektivně po dlouhou dobu. Pravidelně by si měl pokládat otázky: „Bylo mé hodnocení pacienta objektivní a podložené důkazy? Postupoval jsem v terapii podle jasného názoru na

cíle a názoru léčbu? Spolupracoval jsem dostatečně s multidisciplinárním týmem? Jaké jsou mé speciální přednosti, které nabízím jako terapeut?“. (Finlay, 1997).

2.4.6. Zaměření skupiny

Skupiny mohou mít různé zaměření a účel. Bývají založené převážně na realizaci cílených aktivit, nácviku dovedností, edukaci a podpoře nebo se mohou cíle skupiny prolínat.

Skupiny **zaměřené na činnost** často využívají úkoly (které rozvíjí dovednosti, přináší konečné produkty, pracují se zaměřením na individuální výkon členů skupiny, podporují dovednosti potřebné pro spolupráci ve skupině) a/nebo společenské složky (ty zahrnují posilování pro klienty významných rolí, odpočinek nebo zábavu). Do této kategorie budou spadat skupiny zaměřené na vývojové, řídicí, funkční a kognitivní dysfunkce.

Podpůrné skupiny využívají prvky komunikace (sdílení zkušeností) a psychoterapie (pomáhající prozkoumat individuální pocity a prožívání) a jsou orientované více na proces skupiny než na výsledný produkt. V této skupině nalezneme skupiny využívající psychoadrama nebo jiné expresivní terapie, skupiny zaměřené na trénink sociální dovedností, psychodynamické komunikační skupiny a kreativní terapii (Finlay, 1997). Pro podporu zotavení se ukazují zvláště významné skupiny zaměřující se na témata spojená se zotavením, kde je podporováno sdílení zkušeností s překonáváním nemoci a vzájemná podpora. V rámci těchto skupin je obvykle přítomný peer pracovník, který skupinu vede buď samostatně, nebo ve spolupráci s jiným odborníkem, např. i ergoterapeutem.

Ergoterapeutické skupiny se mohou zaměřovat na různá témata oblasti výkonu. V České republice zaznamenala nejčastěji využívané náplně skupinových intervencí Voborníková (2021). Na základě 265 dotazníků mezi ergoterapeuty v sociálních službách zjistila, že nejčastěji se využívají zaměření na vaření, společenské aktivity, kondiční cvičení, tvůrčí činnosti, expresivní a reminiscenční terapie.

Pro podporu duševního i fyzického zdraví a zotavení lze volit specifické ergoterapeutické skupinové programy. Pro inspiraci je níže uvedeno několik příkladů zaměřených terapií:

- Využití psychoterapeutických prostředků v práci se skupinou

Psychoterapie může být důležitou součástí ergoterapeutické praxe. Ve skupinové psychoterapii psychóz je potřebná podněcující aktivita terapeuta. Terapeut musí být direktivní. Musí rozběhnout a udržovat skupinové dění. Klade důraz na dění „zde a nyní“.

Hospitalizované pacienty se doporučuje rozdělit do skupiny s vyšší úrovní (kam patří pacienti s poměrně dobrým psychickým stavem) a nižší úrovní (pacienti s výraznou akutní

symptomatikou). Ve skupinách s nižší úrovní je zásadní výběr aktivity. Trénink trvá maximálně 45min a zaměřuje se převážně na zajištění pocitu úspěšnosti. Může obsahovat pohybovou techniku, sdílení zajímavých faktů o sobě, vyjadřování pozitivních vztahů k ostatním členům a tematické diskuze. Ve skupinách s vyšší úrovní se osvědčuje postupné vyprávění v kruhu, kde pacienti sdílí, co by chtěli změnit. „*Úkolem terapeuta je sledovat chování každého pacienta a nacházet na něm nějaký kladný prvek, který by terapeut mohl pacientovi sdělit.*“ (Kratochvíl, 2017, s. 261).

Z pohledu ergoterapeuta je třeba zohledňovat i psychoterapeutický potenciál aktivit a činností ve skupině (sledování a práce s intrapsychickými a interpsychickými procesy). V rámci realizace aktivit či nácviku dovedností ergoterapeut pracuje s tímto potenciálem cíleně jak individuálně, tak v rámci skupiny.

- **Využití psychoedukace v práci se skupinou**

„*Poskytování informací a vzdělávání se je běžnou strategií používanou k podpoře zotavení z vážných duševních onemocnění.*“ (CAOT, 2010, s. 56) Finlay (2001) uvádí, že k nejčastěji používané léčbě v rámci ergoterapie po zvládnutí akutních příznaků pacientů patří: trénink zvládnání úzkosti, praktické aktivity na podporu chování, sociálního kontaktu, sebeúcty a podpůrné skupiny k sociálnímu učení. Za velmi užitečnou edukaci považuje informování a přípravu pacienta na přechod z nemocniční do komunitní péče. To je zvláště významné proto, aby se zabránilo opětovné hospitalizaci a podpořil se co nejčastější návrat člověka do běžného prostředí (domova, práce, školy apod.). Právě v této fázi může být role ergoterapeuta nezastupitelná.

- **Podpora zotavení v práci se skupinou**

Jak již bylo výše zmíněno, ergoterapeuti mají dobrou pozici k podpoře zotavení. Kanadská asociace ergoterapeutů vydala dvě publikace týkající se přímo podpory zotavení z pohledu ergoterapie. Ty navrhují konkrétní aktivity pro práci se skupinou. **Action Over Inertia** (CAOT, 2010) se soustředí na podporu lidí s vážným průběhem duševního onemocnění a doplňuje intervence zaměřené na zotavení tím, že zaměřuje pozornost na smysluplné aktivity, které mají velkou úlohu v procesu zotavení. Vychází z předpokladu, že lepší zapojení do aktivit je možné, pokud dobře rozumíme významu a možném přínosu aktivit v našem životě. Program tedy nabízí skupinové aktivity s připravenými pracovními listy, které mohou pomoci lidem lépe rozumět jednotlivým aktivitám v různých oblastech života, zkoumat vlastní vztah k těmto aktivitám, možné překážky a způsoby, jak se do aktivit co nejlépe zapojit. Dále vydala publikaci **Coping Strategies to Promote Occupational Engagement and Recovery**, které bude větší pozornost věnována níže.

- **Využití fyzické aktivity při práci se skupinou**

Zařazení fyzických aktivit a podpora udržování kondice je důležitou součástí zotavení i prevence druhotných zdravotních komplikací spojených s duševním onemocněním. Na souvislost mezi fyzickým cvičením a duševním zdravím se soustředila i průlomová americká studie (Chekroud et al., 2018). Jednotlivci, kteří cvičili, měli v období jednoho měsíce o 43,2% méně dní, kdy vnímali jejich duševní zdraví jako horší než jednotlivci, kteří necvičili. Uvedli, že vysoká intenzita cvičení nebyla vždy lepší. Nicméně byl důležitý specifický výběr druhu, trvání a frekvence cvičení, který by mohl být pro klienta přínosnějším. Přitom bylo prokázáno, že většina lidí s duševním onemocněním není dostatečně fyzicky aktivních a přibližně 75% s duševním onemocněním má alespoň jedno další chronické onemocnění, nejčastěji artritidu (Ingyu, Frost a Kim, 2020).

- **Využití neverbálních prostředků a umění při práci se skupinou**

Oven a Lobe (2020) se zaměřovali na využívání kreativity a umělecké činnosti v praxi ergoterapie. Zjistili, že pracovníci v oblasti duševního zdraví považují tvořivost za nedílnou součást praxe. Uvádí, že osobní kreativita v kombinaci s profesní kreativitou, může jejich práci vylepšit. Z kvalitativní studie vyplynulo šest hlavních faktorů, které ovlivňují kreativitu buď pozitivním nebo negativním způsobem: jedinečnost každého pacienta (klíčový faktor kreativity), osobnost ergoterapeuta, pracovní zkušenosti (ze získané praxe), pracovní prostředí, vztahy s kolegy v práci a vztahy s nadřízenými. Jeden z výstupů studie poukazuje na to, že kreativita byla často klíčová v počáteční fázi ergoterapeutického procesu při budování vztahu s pacientem.

Kreativita jde ruku v ruce s manuální činností. Klivar (2003) potvrzuje zásadní význam manuální činnosti u pacientů s duševním onemocněním na zvýšení sebevědomí a zlepšení schopností řešit problémy, dále v upevnění sebeúcty a předcházení negativity.

2.5. Skupinová dynamika

Na skupinovou dynamiku a procesy ve skupině můžeme nahlížet z více teoretických přístupů: psychoanalytického, existenciálního, behaviorálního i kognitivně-behaviorálního. Pro plánování skupinové intervence je důležité porozumět skupinové dynamice, která doléhá na vztahy mezi členy a ovlivňuje výsledek celé terapie. Cole (2012) popisuje práci se skupinou z pohledu ergoterapie a nabízí podrobný popis zaměření ergoterapeutických skupin dle různých modelů praxe.

Skupinová dynamika je definovaná jako soubor procesů, vztahů a změn ve skupině, které se vzájemně ovlivňují. Skupiny mají předvídatelná stadia vývoje a nejlépe budou reagovat na odlišné činnosti v různých stadiích. Jestliže se terapeut naučí poznávat jednotlivé fáze, ovlivní to jeho výběr aktivit. Mezi jednotlivé dynamické procesy se řadí: **proces skupiny, skupinový vývoj, skupinová kultura, pravidla, role, problémové chování pacientů, nebo ukončení skupiny.**

2.5.1. Proces skupiny

Interakce ve skupině přirozeně podléhají dynamickým změnám. Po celou dobu jednotlivci komunikují s ostatními členy a tvoří najednou několik úrovní vztahů, které by nikdy nevznikly ve vztahu pacient - terapeut. Skupina nabízí prostředí, ve kterém dochází k sociálnímu učení, sdílení a podpoře, utvrzení norem, rozvoji emocí a může být zdrojem energie a kreativity. Ve skupině se mohou taktéž ale objevit i destruktivní tendence. Pro zajištění správného skupinového učení musí ergoterapeuti členy dobře provést skupinovým procesem (Finlay, 1997).

Členové si musí uvědomit, že jsou sami součástí procesu. Navzájem se poznávají, vytvářejí vzájemné vztahy a aplikují získané zkušenosti. Cole (2012) popisuje níže nejznámější faktory, které ve skupině obvykle probíhají. Tyto faktory působí vždy společně s dalšími faktory a jejich důležitost se skupinově i individuálně liší. Pořadí faktorů závisí například i na fázi vývoje skupiny, cílech a účelu skupiny, osobnostních rysech pacientů a typech jejich potíží.

1. **Interpersonální učení** – vstupní informace: Díky zapojení se do skupiny a získané zpětné vazbě se členové učí, jak je vidí ostatní, uvědomují si negativní společenské chování a zvyky, které mohou postupně oslabovat jejich skutečné vztahy. Mohou také dostat informace o svých dovednostech a pozitivním chování ve vztazích a získat podporu a korektivní zkušenost ve vztazích.

2. **Katarze:** Ve skupině mají pacienti prostor k uvolnění svých emocí, odreagování se, zkrátka "vypustit to ven". Pokud pacient vyjádří své silné emoce, terapeut by měl nasměrovat zaměření skupiny tak, aby usnadnil reakce členů na událost dřív, než sezení skončí. Uvolnění nahromaděných emocí členů může být rozhodující pro podporu pozitivních změn.

3. **Skupinová soudržnost:** Soudržné skupiny představují konečnou fázi vývoje skupiny. Ve výzkumech panuje všeobecná shoda, že tento pocit hluboké skupinové solidarity koreluje s vyšší mírou docházky, účasti a vzájemné podpory. Soudržnost je přitažlivou silou

pro členy skupiny, která je zároveň předpokladem optimálního fungování ostatních terapeutických faktorů.

4. **Rozvoj sebe porozumění:** Skupina umožňuje získat náhled, který objasňuje kontinuitu mezi minulostí a přítomností v pacientově životě. Tato kategorie zahrnuje prvky popisu sebe sama a porozumění dosud neznámých částí sebe samých. Nácvik nových situací přináší důležitou zpětnou vazbu na styl a způsob chování a komunikaci. Je třeba být citlivý k tomu, že některé situace mohou přinášet pro členy i negativní prožitek, například pocit studu nedokonalého chování. Pokud takové pocity přichází, terapeut s tímto v rámci skupiny nebo individuálně dále pracuje.

5. **Existenciální faktory:** Faktory se vztahují k podmínkám a kontextu života člověka, jako je vyrovnání se s bolestí, ztrátami, smrtí blízkých lidí a uvědomění si, že život není vždy spravedlivý. Koncept svobody a odpovědnosti existenciální filozofie může pomoci členům skupiny odhalit jejich vlastní roli při volbě cesty, kterou se v jejich životě vydali a při přijímání zodpovědnosti za jejich životní rozhodnutí spíše než obviňování druhých. Prožité trauma či traumatické události v životě člověka jsou důležitým tématem, které by terapeut neměl přehlížet. Mohou mít výrazný vliv na chování člověka v životě i v rámci skupiny. Terapeut by měl proto volit přístup citlivý k traumatu (trauma informed care) a bránit možné retraumatizaci člověka.

6. **Univerzalita:** V raných fázích skupin se členové snaží identifikovat drobné rozdíly mezi sebou a ostatními členy. Představa, že člověk není sám, přináší úlevu. Pomáhá pacientům ponořit se do dění skupiny a přijmout to, co se jim v životě děje.

7. **Dodávání naděje:** Příchod do skupiny, kde je velké očekávání, že člověk dostane potřebnou pomoc, může být velmi naplňující. Již samotná víra v určitý způsob léčby je terapeuticky účinná. Pro členy skupiny je také velmi důležité pozorovat zlepšení druhých a slyšet příběhy zotavení. Vedení terapeutů je klíčem k udržení vnitřní naděje.

8. **Altruismus:** Při pomoci ostatním mohou členové zvýšit své postavení ve skupině a cítit větší pocit naplnění a smyslu. Skupiny často nabízí jedincům s disabilitou způsob, jak být pro ostatní přínosem a nikoli zátěží. Ergoterapeuti to podporují, když žádají členy, aby si navzájem pomáhali se skupinovými úkoly.

9. **Korektivní zkušenost a rekonstrukce rodiny:** Tento faktor může fungovat i na nevědomé úrovni. Negativní zážitky z problematického rodinného zázemí se často projevují prostřednictvím rolí, které ve skupině lidé představují, nebo také svou vztahovou reakcí na vedoucího skupiny. Ve skupině se členové učí tyto reakce a vztahy pojmenovat, pochopit příčiny problémů, získat náhled, své chování a korektivní zkušenost.

10. **Poskytování informací:** Zahrnuje získávání konkrétních informací nebo instrukcí (např. ve formě edukace a vzdělávání), jakož i přímé pokyny a návrhy od ostatních. Poskytování rad mezi členy v raných fázích skupin však může být známkou nezralosti skupiny. Může to být v rozporu se záměry terapeuta.

11. **Nápodoba chování (identifikování):** Tento faktor je základním nástrojem k nácviku rolí, který využívají ergoterapeuti v souvislosti s různými sociálními situacemi. Napodobování reakcí jiného člena nebo terapeuta může pacientovi umožnit vyzkoušet si jiné role, aby si mohl najít takovou, kterou preferuje.

Porozumění skupinovému procesu nabízí několik vodítek k pochopení možných pocitů a motivů členů. Proces nemá předem daný obsah, ale vyvíjí se proměnlivě dle reakcí jednotlivých členů skupiny a vývoje skupiny jako celku. Zkušenosti, které členové ve skupině prožívají, ovlivňují jejich zdravý životní styl a fungování v běžném životě.

2.5.2. Vývoj skupiny

Skupinový vývoj popisuje stadia, kterými skupina prochází. Uvědomováním si charakteristických rysů každého stadia lze časně předpovídat možné problémy, připravit se na ně a cíleně tento děj využívat pro posílení terapeutických cílů. Terminální stadium skupinového vývoje nastává tehdy, když skupina úspěšně vyřeší všechny vnitřní konflikty a bude si vzájemně důvěřovat. Tato fáze se vyznačuje vysokou morálkou a zvýšenou vzájemnou podporou. Na následujícím setkání budou členové vyjadřovat své názory a emoce dříve.

Pět fází skupinového vývoje definoval Tuckman (2001). Podle něj si každá skupina musí těmito fázemi projít v následujícím pořadí:

Tab. č. 2.5.2.: *Pět fází skupinového vývoje*

1. formování (forming)	testování skupiny, silné zaměření na cíle, soustředění na otázky
2. bouření (storming)	dochází ke konfliktům, profilují se role ve skupině, projevují se silné emoce
3. normování (norming)	vývoj soudržnosti, ustálení rolí, adaptování se, dochází k osobnímu sdílení
4. optimální výkon (performing)	stanovení funkčních rolí, naplnění hlavních cílů skupiny
5. ukončení činnosti	úzkost z odloučení, rozvolnění vztahů, sebehodnocení

2.5.3. Skupinová kultura

Dlouhodobější soužití každé skupiny, ať už v terapii nebo v životě, rozvíjí svou vlastní kulturu. Vedoucí i členové skupiny ovlivňují kulturu, která se postupem času odlišuje od ostatních skupin a stává se stabilnější. Členové sdílí určité společné cíle, hodnoty, role a normy, které se dostávají na povrch v průběhu intervencí. Kultura definuje způsob, jakým skupina interaguje a dokončuje práci. V této oblasti je má terapeut příležitost tyto děje reflektovat a pomoci nastavovat od začátku sezení pro členy přijatelné terapeutické normy. Normy představují pro skupinu přijatelné postoje a standardy chování. Lze je verbálně identifikovat nebo pouze neverbálně naznačit interakcemi členů. Mohou se v průběhu vyvíjet, zvláště s příchodem a odchodem členů ze skupiny. Má-li skupina pokročit ve svém vývoji, musí být normy čas od času zpochybněny. Poté se pacienti učí převzít odpovědnost za své chování.

Je třeba, aby skupina terapeuta respektovala ve facilitaci či vedení skupiny. Terapeut si po celou dobu snaží udržet pozici facilitátora, přijímá a zpracovává informace (Pěč a Probstová, 2009). Stanoví základní pravidla, jako je např. dochvilnost. Potom se skupinou může vymyslet další pravidla, přičemž může zaujmout pozici jako odborník nebo jako účastník procesu. V úloze odborníka spoléhá terapeut na své zkušenosti a znalosti, v pozici účastníka procesu předává spoluzodpovědnost členům skupiny a posiluje tak samostatné rozhodování a zapojení členů skupiny. To je nezbytným krokem rozvoji a růstu skupiny i k podpoře zotavení jejich členů.

Terapeut povzbuzuje skupinu v přijetí druhých, aby si dávali konstruktivní zpětnou vazbu, přemýšleli nad vlastním postupem a ve skupině podporuje reflexi. Mezi terapeutické normy lze zařadit následující:

- podpora sebereflexe, sdílení informací o sobě samém,
- posílení respektu mezi členy,
- posílení důležitosti skupiny,
- hledění na členy jako na činitele změny a
- vytvoření bezpečné a podporující atmosféry.

2.5.4. Skupinové role

Cole (2012) popisuje význam skupinových rolí a uvádí jejich přehled. Role vychází z toho, jak se účastníci skupiny začleňují do skupinové práce nebo mohou být přiděleny terapeutem. Některé role pomáhají skupině splnit požadavek, zatímco jiné pomáhají udržovat sociální vztahy skupiny. Terapeut by si měl uvědomovat sociální chování, měl by pomáhat

členům převzít různé role a změnit ty role, které jsou pro skupinu škodlivé. Lze předpokládat, že všechny role jsou stejně hodnotné a nezbytné pro pozitivní výsledek skupiny. Dobře fungující skupina potřebuje rovnováhu rolí, což členy navádí k tomu, aby na sebe vzali kombinaci rolí, které jsou kompatibilní. Konkrétní skupinové role lze rozlišit do tří kategorií: **role zaměřené na úkol, role zaměřené na budování a udržování skupiny a role zaměřené na sebe** (viz Příloha č. 4).

Můžeme se však setkat i s dalším rozdělením rolí ve skupině, např. stát se obětním beránkem, černou ovci, šaškem, tahounem apod. Z pohledu ergoterapeuta je významné rozumět procesům ve skupině a pomoci reflektovat, jaké role na sebe člověk bere, pomoci člověku rozumět tomuto procesu a umožnit mu zažít si sám sebe v jiné roli, přenést zkušenost ze skupiny do situací v životě klienta a podpořit ho v naplňování pro něj významných rolí v jeho životě.

Už při čtení předchozího výčtu rolí je zřejmé, že určité chování členů může narušovat fungování skupiny. Některé problémy vyřeší terapeut sám a jiné může pomoci vyřešit skupina. Pro ergoterapeuty je velmi důležité pochopit potřeby každého člena skupiny a rozvíjet dovednosti dle jejich potřeby pro zvládnání problémového chování. Při práci s těmito s jednotlivými členy skupiny by měl terapeut zaprvé, rozvíjet reflexi a pochopení individuální dynamiky. Zjistit, co opravdu daný člověk potřebuje. Zadruhé musí terapeut vypracovat strategie pro zachování integrity a soudržnosti skupiny.

2.6. Schizofrenie

Podle odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) trpí schizofrenií přibližně 24 milionů lidí. Patří mezi deset nejrozšířenějších závažných nemocí přispívajících ke globální zátěži. Průběh schizofrenie se zdá být příznivý pouze u 20% pacientů a uvádí se, že jen u malého počtu jedinců dochází k úplnému uzdravení (Desalegn, Girma a Abdeta, 2020). Pro plné uzdravení je u pacientů potřeba sledovat klinické i osobní zotavení.

U pacientů s tímto onemocněním dochází k úmrtí o 10-20 let dříve ve srovnání s běžnou populací. Hlavní příčinou úmrtí bývá nedostatečně léčený fyzický zdravotní stav (WHO, 2018). Je klinicky prokázáno, že pacienti se schizofrenií často trpí kognitivním deficitem, především v oblasti pozornosti, paměti a exekutivních funkcí (Furmaníková, 2011). Závažnost deficitu se projevuje také ve schopnostech zvládat pracovní nároky, osvojovat si nové zručnosti a nezávislém fungování ve společnosti (Hajdúk a Pečeňák, 2018).

Kučerová (2010) upozorňuje na to, že o schizofrenii toho stále víme málo. Nemoc se u každého člověka projevuje jiným způsobem a její průběh je zcela individuální. Jednotlivé příznaky nemoci spolu časem různě interagují a mohou se střídát období akutních příznaků a postupně slábnoucí remise onemocnění. Mezi typické příznaky, které se u lidí se schizofrenií objevují, se řadí: halucinace (poruchy vnímání), paranoia (poruchy myšlení), bludy, inkohorentní řeč, pseudofilozofování, vychudlé myšlení, úzkosti či psychomotorický neklid.

Je známým faktem, že lidé se schizofrenií mají větší tendenci účastnit se méně pestrých aktivit s převahou sedavých činností. Většinou je vykonávají sami a ve společnosti se často potýkají se sociálním vyloučením a vyžadují větší pomoc v začlenění (Lipskaya-Velikovsky, Easterbrook a Kotler, 2016). Bejerholm a Eklund (2004) prokázali, že: „*Osoby se schizofrenií mají často problémy s organizací každodenních činností, což vede k chaotickému způsobu zacházení s časem.*“ (s. 28) Potvrdili, že tito lidé tráví čas převážně pasivními aktivitami, přičemž u běžné populace je to pouhých 5 % času. Je proto velmi důležité zaměřit se na pravidelný nácvik činností, které pokud možno probíhají v reálném prostředí pacienta, nebo se mu co nejvíce podobají a soustředí se na podporu překonání nedostatku osobní iniciativy. Důležité je, aby činnosti také co nejvíce podporovali k opětovnému získání pro člověka důležitých rolí, které zahrnují interakce s vnějším světem.

Řada studií popisuje vliv negativních a pozitivních příznaků nemoci na každodenní fungování. Na závažnost negativních příznaků by se měl klást důraz již během hospitalizace. Průzkum mezi 217 hospitalizovanými pacienty se schizofrenií uvádí, že největší vliv na výkon aktivit těchto pacientů může mít depresivní nálada, pozitivní příznaky a samotná psychopatologie nemoci. Fujimaki et al. (2012) doporučuje na základě analýzy několika průzkumů studií zaměřit se na aktivní léčbu negativních příznaků schizofrenie, a to již během hospitalizace. Autoři se shodují, že v rámci léčby schizofrenie je potřeba nacvičovat sociální dovednosti, podporovat pacienty v zapojení se do rozmanitých aktivit a podpořit je v organizaci a plánování dne.

Kvalitativní studie ambulantních pacientů se schizofrenií popsala několik hlavních potřeb, které jim brání v dosažení vlastní pohody (well-being). Pro jejich zotavení je důležité, aby měli dostatečné informace o nemoci, navázali s pracovníky partnerský vztah, měli dostatek sociálních kontaktů, naplňující zaměstnání a podporu při zvládání ADL, například s řešením financí. Zdůraznili, že lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním potřebují být v systému péče dostatečně viděni a slyšeni (Gunnmo a Fatouros Bergman, 2011).

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Cíle práce

Hlavním cílem bakalářské práce je návrh a ověření vytvořených cílených terapeutických jednotek pro skupinovou aktivitu v rámci hospitalizace u lidí s duševním onemocněním.

Výstupem práce jsou ověřené terapeutické jednotky na téma práce s časem, plánování a strukturou dne, které mohou ergoterapeuti využívat ve své práci. Dalším výstupem práce je vytvořený pracovní sešit pro pacienty na téma práce s časem. Připravený pracovní sešit může pomoci v praxi na pracovištích, která se touto cílovou skupinou zabývají. Pracovní sešit je uzpůsobený i k individuální práci či jako svépomocný nástroj pro pacienty. Součástí praktické části bakalářské práce je ověření terapeutických jednotek a popis zkušenosti s jejich použitím, tedy jak se příprava terapeutické jednotky lišila od praktické zkušenosti s vedením skupiny.

3.2. Metodologie práce

Práce je kazuistická. Praktická část je zaměřena na dospělé hospitalizované pacienty s psychotickými poruchami, kteří často využívají následnou péči v rámci hospitalizace. V praktické části práce se nachází: **popis výběru hlavního tématu terapeutické jednotky, popis jednotlivých terapií a popis průběhu jednotlivých terapií v rámci praxe.**

Hlavní metodou sběru dat bylo nestrukturované pozorování. Vedení skupinových ergoterapií probíhalo dle vytvořených instrukcí pro ergoterapeuty, které jsou součástí příloh bakalářské práce. Na konci ergoterapie byla využita slovní a dotazníková forma zpětné vazby. Zápis ze všech ergoterapií je strukturován do formy: **příprava terapie – průběh – závěr – reflexe pacientů – reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta.**

Při realizaci praktické části byl dodržován Etický kodex studenta ergoterapie.

3.2.1. Představení pracovního prostředí pro praxi

Pro realizaci praktické části byl zvolen Národní ústav duševního zdraví v Klecanech (dále jen NUDZ). Mezi poskytované služby NUDZ patří lůžkové oddělení, denní stacionáře, poradna pro poruchy paměti a specializované ambulance. V NUDZ pracují ergoterapeuti s pacienty jak z lůžkových oddělení, tak ze stacionářů. Pacienti ze stacionářů tvoří uzavřenou skupinu. Léčebný pobyt trvá 6-8 týdnů. Pacienti na lůžkovém oddělení tvoří heterogenní skupinu, protože jsou zde pacienti s první atakou psychotického onemocnění, tak pacienti s dlouhodobým průběhem onemocnění. Nejčastější formou ergoterapie je skupinová

45minutová terapie. Skupinu tvoří obvykle cca deset pacientů. Ergoterapie probíhá v prostorách k tomu určených. Jsou k dispozici 2 terapeutické místnosti, tělocvična a pro nácvik soběstačnosti je možnost využít také cvičný kuchyňský kout. Pro některé aktivity je možné také využít prostory rozlehlé chodby předsálí ergoterapie. Ve vedení skupinových terapií se střídají dvě ergoterapeutky. Ergoterapeutické intervence využívají pacienti ze všech tří oddělení: oddělení úzkostných, afektivních a psychotických poruch.

Oddělení psychotických poruch je v NUDZ uzavřené. Poskytuje 19 lůžek se specializací na léčbu prvních atak psychotického onemocnění a nabízí pro pacienty širokou škálu rehabilitačních aktivit (NUDZ, 2015).

Pacienti s psychotickým onemocněním se v NUDZ účastní mnoha edukačních programů. Každý všední den se dopoledne účastní ergoterapie, na kterou třikrát v týdnu navazuje edukační program a dvakrát v týdnu léčebná tělesná výchova. Mezi témata edukačního programu patří například: nemoc, komunikace a sociální vztahy, role rodiny a přátel při léčbě, možnosti sociálních služeb po propuštění nebo podpůrné metody k předcházení relapsu a ke zvládnání stresu. Mezi další aktivity patří sportovní programy nebo trénink paměti se zdravotními sestrami. Vzhledem k celkové zátěži pacientů v rámci terapeutického programu na oddělení ergoterapeutické intervence nabízí nejen edukativní, nácvikové, ale i kreativní formy činností. Zahrnují např. kognitivní hry, motivační videa, praktické nácviky dovedností nebo sebezkušenostní cvičení, kde si pacienti uvědomují svou zranitelnost, reflektují různá témata ze svého života, pojmenovávají své silné stránky a strategie, jak překonávají obtíže spojené s nemocí. Složení ergoterapeutické skupiny je pokaždé jiné. Skupinu nesestavují ergoterapeutky, ale zdravotní sestry z oddělení, které vybírají počet pacientů dle kapacity zdravotního personálu. Některé dny skupinová aktivita v rámci hospitalizace u lidí s psychotickým onemocněním rozdělí na dvě menší skupiny, které mají totožný program. Jindy pacienti zůstanou pohromadě ve skupině přibližně o deseti členech.

Zpracování praktické části práce bylo započato během letní prázdninové praxe v červenci 2020, kdy byly provedeny dvě pilotní skupinové terapie. Následně během podzimní praxe 2020 na přelomu října a listopadu bylo provedeno s pacienty 10 souvislých terapií, ve kterých bylo využito pět z devíti předpřipravených terapeutických jednotek a pracovních listů.

Na prvním setkání byla cílová skupina pacientů informována o záměrech a postupech bakalářské práce. Každý z členů byl na konci terapie požádán o spolupráci. Pacienti podepsali informovaný souhlas (viz Příloha č. 5) nezbytný pro možnost zapojení do práce.

3.2.2. Postup realizace praktické části

Jak již bylo popsáno v teoretické části práce, lidé s duševním onemocněním čelí řadě obtíží spojených s nemocí, které mohou výrazně narušovat schopnosti člověka v jeho fungování a participaci v běžném životě. Vzhledem k šíři možných obtíží a omezené době spolupráce v rámci hospitalizace, bylo nutné stanovit konkrétní oblast a cíle skupinové ergoterapie, které by byly pro aktuální praxi akutní péče co nejvíce relevantní.

Pro výběr vhodného zaměření terapií bylo využito několik zdrojů, a to především:

- **studium odborné literatury** o možnostech ergoterapeutických intervencí u lidí s duševním onemocněním, zvláště pak studií týkající se ergoterapie v době hospitalizace a skupinové ergoterapie,
- letní praxe se zaměřením na **seznámení s akutní péčí a ergoterapií v NUDZ** a zmapování současných aktivit, programů a terapií,
- **klinická úvaha a diskuze** s ergoterapeutkami o možném zaměření terapeutických jednotek s ohledem na stávající praxi a potřeby rozvoje ergoterapie a
- **pilotní ověření 2** terapeutických jednotek na téma práce s časem.

Na základě teorie a analýzy současných aktivit v NUDZ a se souhlasem tamních ergoterapeutek bylo vybráno jako hlavní téma organizace a plánování času. V rámci přípravy skupinové terapeutické jednotky Organizování času byly přeloženy do češtiny dvě terapie z publikace *Coping Strategies to Promote Occupational Engagement and Recovery* (2017). Dvě pilotní terapeutické jednotky byly ověřeny poslední týden praxe a staly se základem pro rozvoj celého navrženého programu tak, aby byl aplikovatelný v praxi. Autorka práce zjišťovala, zda jsou tyto terapie vhodné pro pacienty s psychotickým onemocněním, jestli jsou instrukce pro pacienty srozumitelné, nakolik je doporučený časový plán jednotky adekvátní, zda pacienti tyto terapie považují za užitečné a zda by se rádi dozvěděli o problematice víc.

Na základě pilotního ověření prvních dvou terapeutických jednotek a dalšího studia literatury byl vytvořen návrh uceleného programu ergoterapie se zaměřením na organizaci a práci s časem pro lidi s psychotickým onemocněním v době hospitalizace. Vytvořené terapeutické jednotky byly následovně ověřeny v rámci podzimní praxe na přelomu října a listopadu 2020. V průběhu procesu vytváření a ověřování terapií se ukázalo jako hodnotné poskytnout pracovní listy pacientům nejen v rámci dané terapeutické jednotky, ale uspořádat je do souboru pracovního sešitu, se kterým by mohli pacienti pracovat dále v době hospitalizace i po propuštění. Důvodem k této úvaze byl především fakt, že pacienti se na

skupinové ergoterapii střídají a v praxi NUDZ není možné v rámci hospitalizace vytvořit uzavřenou skupinu pro absolvování takového uceleného ergoterapeutického programu.

Podle vzoru kanadských ergoterapeutů byly vytvořeny na každé terapeutické sezení dva soubory: „instrukce“ pro ergoterapeuta a „pracovní listy“ pro účastníky skupiny. Soubory „instrukce“ popisují přesné terapeutické vedení skupiny včetně potřebné přípravy, průběhu a závěru terapeutické jednotky. Chronologicky tedy popisují stadia: orientace, objasnění, rozebrání, praxe, rozvaha, zobecnění, aplikace, zkušenost, úvaha i vyhodnocení. Soubory „pracovní listy“ slouží pacientům k vypracování. Pro formu pracovního sešitu byla vytvořena Úvodní strana (viz Příloha č. 6) a Závěrečná strana (viz Příloha č. 7) shrnující základní informace z programu. Následující tabulka zobrazuje přehled terapeutických jednotek:

Tab. č. 3.2.1.: *Přehled terapeutických jednotek*

Název programu: Organizování času			
Název jednotky	Téma	Pracovní listy	Příloha č.
Priority a organizování času	Máte kontrolu nad tím, jak trávíte svůj čas. Upřednostňování činností vám pomáhá zorganizovat si každý den.	<ul style="list-style-type: none"> - Každý den je nový začátek - Zdravé udržování rovnováhy - ABC času - Dvoudenní plán 	8 a 9
Potřeby volného času a doplňkových aktivit	Mít ve svém životě dostatek volného času je jeden ze způsobů, jak o sebe pečovat. Čím více aktivitám se budete věnovat, tím více potřeb uspokojíte.	<ul style="list-style-type: none"> - Seznam potřeb volného času - Překonávání překážek k realizaci volného času - Dvoudenní plán 	10 a 11
Hodnocení aktuálního plánu aktivit	Vytvoření časového rozvrhu v našem typickém dni a časové porovnání složek: sebeděče, produktivita, volný čas a odpočinek.	<ul style="list-style-type: none"> - Vyhodnocení aktuálního plánu aktivit - Můj čas 	13 a 14
Čas života – koláž	Přechod středního věku jako příležitosti, k hodnocení minulých úspěchů i nerealizovaných očekávání.	x	15
Budování zdravých návyků	Vytvoření zdravých návyků sníží naši stresovou úroveň a pomůže nám pokračovat v zotavení.	<ul style="list-style-type: none"> - Seznam každodenního udržování zdravého životního stylu I. - Seznam každodenního udržování zdravého životního stylu II. - Každodenní plán 	16 a 17
Cesty k zotavení – stres	Při zotavování nacházíme pro svůj život nový smysl a	<ul style="list-style-type: none"> - Příběh - Máme namířeno domů: 	18 a 19

	význam, který jde daleko za naše já, coby člověka s nálepkou psychiatrického pacienta či diagnózy.	<ul style="list-style-type: none"> - Domov a bydlení - Na cestě za kariérou: práce a povolání - Přednosti týkající se práce a povolání - Přednosti a dosahování cílů: práce a povolání 	
Edukace o aktivitě, zdraví a duševní nemoci	Poskytnutí základních informací a znalostí o vztahu mezi duševním zdravím a aktivitou.	<ul style="list-style-type: none"> - Výhody aktivit v udržování si duševní pohody - Vyjasnění přínosů činností - Zdraví prospěšné přínosy mých aktivit - Strategie ke snižování stresu prostřednictvím činností - Strategie ke zvládnutí stresu prostřednictvím činností - Jak souvisí duševní onemocnění a účast na aktivitě? 	21 a 22
Životní styl – stres	Relapsu je možné předcházet buďto redukcí zdrojů stresu nebo zlepšením schopností jedince stres zvládat.	<ul style="list-style-type: none"> - Vyhodnocení aktuálního plánu aktivit z první hodiny - Životní styl – stres 	23 a 24
Relaxační aktivita v představě	Nácvik řízení stresu, při kterém členové skupiny používají techniky představy a vedené fantazie ke kontrole jejich stavu napětí.	x	25

V praxi bylo ověřeno, kvůli časovým možnostem, pět z devíti předpřipravených jednotek. Výběr jednotek se odvíjel od frekvence ergoterapií a aktuálního stavu pacientů. Na základě praktické zkušenosti bylo vytvořeno několik variant v náročnosti pro lepší zacílení na různou míru výkonu pacientů. Následné navazující terapie byly obohaceny o přehledová shrnutí, hry, kreativní činnost a video.

3.3. Vedení skupinové ergoterapie – kazuistická práce

Následující část práce popisuje průběh jednotlivých terapií, praktické využití terapeutických jednotek, jejich přizpůsobení a průběžné závěry z praxe. Obsahuje přípravu terapie, průběh terapie, závěr, reflexi pacientů a reflexi a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta.

3.3.1. Pilotní ověření prvních navržených terapií

Pro první ergoterapii byla zvolena terapeutická jednotka Priority a organizování času, která učí pacienty rozlišovat činnosti do tří kategorií: sebezpečí, produktivita a volný čas. Obsahuje praktické cvičení k uvědomění si, jaké činnosti vykonáváme a za jakým účelem. Následující téma Potřeby volného času a doplňkových aktivit učí pacienty o potřebě volného času. Skupině představuje jednotlivé potřeby a motivuje je k jejich naplnění. Obě cvičení jsou ukončena vytvořením smysluplného plánu dne.

1. Skupinová terapie: Priority a organizování času.

Příprava terapie:

Vybraná skupina pacientů byla poprvé informována o novém studentském programu předchozí den ergoterapeutkami v NUDZ. Pro první terapii bylo zvoleno téma: Priority a organizování času (viz Příloha č. 8 a 9). K přípravě pomůcek byly nachystány čisté papíry a psací potřeby.

Průběh:

Na skupinu přišlo 6 pacientů středního věku, převážně trpících schizofrenií. Na začátku byli pacienti uvedeni do řešeného tématu a záměru autorky práce. Tištěné instrukce programu byly terapeutem čteny přesně. Pacienti obdrželi pracovní listy, které byly společně vyplněny a následně vybrány. Během aktivity, kdy pacienti měli stanovit priority v aktivitách dle skupin A, B a C někteří pacienti sepsali 7 činností, někteří pouze 2. Celý program probíhal dle připraveného terapeutického plánu. Pouze na poslední cvičení „dvoudenní plán“ byla potřeba dalších 10 minut. Přesto někteří pacienti nestihli vypsát veškeré činnosti tak, jak by chtěli. Při vyplnění cvičení budoucího „dvoudenního plánu“ jedna pacientka sepsala rozvrh dne před atakou psychózy a rozvrh dne po propuknutí nemoci (dne s psychózou).

Závěr:

Pacienti aktivně naslouchali, následovali program a připojovali se do společných diskuzí. Skupina byla seznámena s hlavním tématem programu a zpracováváním praktické části bakalářské práce. Skupina na konci terapie dobrovolně podepsala Informovaný souhlas.

Reflexe pacientů:

Na konci terapie byli pacienti vyzváni k napsání číslovky, která vyjadřovala, jak moc jim přišlo vybrané téma zajímavé. Pro hodnocení byla použita čtyřbodová škála: 1 „málo zajímavé“, 2 „spíše nezajímavé“, 3 „spíše zajímavé“ a 4 „velmi zajímavé“. Průměrně přišlo pacientům téma „spíše zajímavé“, průměrné hodnocení bylo 3,17. Jeden pacient zvolil číslovku 5, tudíž byla počítána jako hodnota 4.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Díky předešlé intervenci přišli pacienti na skupinu pozitivně naladěni a s ochotou v programu pokračovat. S rozlišováním činností do tří kategorií: sebez péče, produktivita a volný čas se všichni pacienti setkali prvně. Příslušná edukace přišla skupině pacientů užitečná. O rozdělování denních aktivit vedli diskuzi. Pro rychlé hodnocení zájmu o dané téma byla na konci terapie zvolena čtyřbodová škála. Pacienty vybrané téma zaujalo.

2. Skupinová terapie: Potřeby volného času a doplňkových aktivit.

Příprava terapie:

Pro druhou terapii bylo zvoleno téma: Potřeby volného času a doplňkových aktivit (viz Příloha č. 10 a 11).

Průběh:

Na druhou terapii přišlo 10 pacientů, ale jedné pacientce se udělalo brzy nevolno a programu se dále neúčastnila. Pacienti byli na úvod stručně informováni o programu. Následovalo cvičení, kde pacienti vystřihovali obrázek, který pro ně představuje volnočasovou aktivitu. Mezi obrázky, které vyjadřují volnočasovou aktivitu, pacienti vybrali: zpěvačku, jako zástupce krásných žen, muzikál, na který rád chodí, ovocný koláč, bábovku, lyžaře, srnku v lese, nebo koláč s mascarpone v rámci pečení pro rodinu. Většina pacientů popsala vybraný obrázek pouze jedním výrazem. Ve cvičení Seznam potřeb volného času jeden pacient zaškrtnul pouze čtyři důvody a následně s nimi už nepracoval. Jeden pacient nedokázal sepsat možnosti pro uspokojení jeho potřeb volného času. Mezi časté potřeby k trávení volného času v prvním tištěném cvičení pacienti volili převážně: být fyzicky aktivní, užívání si soukromí a mít společnost. Ve cvičení překonávání překážek k realizaci volnočasových aktivit byly kvůli časovému skluzu společně přečteny pouze hlavní body.

Závěr:

Pacienti se snažili aktivně spolupracovat. Pacienti byli povzbuzeni k samostatnému dostudování cvičení o překonávání překážek.

Reflexe pacientů:

Na konci druhé terapie byli pacienti požádáni o podrobnější strukturované hodnocení proběhlé terapie ve formě tištěného dotazníku s polouzavřenými otázkami (viz Příloha č. 2). Hodnocení zachycuje nejen zájem o téma, ale hodnotí také strukturu setkání. Výsledek hodnocení uzavřených otázek zobrazuje graf (viz Příloha č. 12) Z výsledků je patrné, že téma pacientům přišlo průměrně „spíše zajímavé“ až „zajímavé“. Pacienti referovali, že jim téma spíše nepomohlo (2,8 body) uvědomit si, jak velký vliv má životní styl na zdraví a nevnímali

potřebu další podpory v plánování změn. Kladně hodnotili strukturu terapie. Pacienti spíše měli dostatek času k diskuzi.

Pacienti si mohli pracovní listy odnést. Až na jednoho si je všichni odnesli.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Při popisování vystřižených obrázků pacienti reagovali překvapivě velmi stručně, často jedním slovem. Oproti očekávání nebyli v popisování příliš kreativní. Zdálo se, že se ve vyjadřování před skupinou necítili dostatečně komfortně.

Z ústní zpětné vazby bylo patrné, že některé čtené pasáže byly příliš dlouhé a bylo těžké udržet pozornost. Někomu bylo nepříjemné, že některá zadání byla čtena vícekrát. Při podepisování informovaného souhlasu se jeden pacient podepsal do jiné kolonky. To vede k zamyšlení se nad lepší podobou formuláře. Pacienti byli otevření další spolupráci.

Pro další praktické vedení je třeba nechat více času na studium cvičení o překonávání překážek k realizaci volnočasových aktivit. U vyplňování Informovaného souhlasu a cvičení zaměřeného na potřeby volného času je nutné zkontrolovat, zda bylo vše správně vyplněno. Je žádoucí zestručnit dlouhá souvětí a zadání neopakovat.

3.3.2. Návrh a ověření uceleného programu Organizace času

Pilotní ergoterapie se v praxi osvědčily. Pacienti se celkově do všech cvičení zapojovali, spolupracovali a plnili pracovní listy. První téma „Priority a organizování času“ obsahovalo bohatý program aktivit: čtení, 3 vyplňovací cvičení a diskuzi, na které bylo v praxi využito oproti původnímu plánu deset minut navíc. V rámci druhé ergoterapie „Potřeby volného času a doplňkových aktivit“ byli pacienti více vedeni k diskuzím, vystříhovali obrázky z časopisů a plnili dvě cvičení. Protože délka ergoterapie byla nastavena na 45 minut, nezbyl dostatek času na cvičení o překonávání překážek. Po ověření pilotních jednotek byly programy upraveny. Dlouhá souvětí v zadání byla pro lepší porozumění zjednodušena a zkrácena. Forma jednotek byla zpřehledněna a sjednocena. Na konci terapie pacienti vyplnili dotazníkovou zpětnou vazbu. Všichni pacienti hodnotili terapii přínosně.

Díky pilotnímu testování prvních terapeutických jednotek se ověřilo, že téma Organizování času je pro pacienty důležité a pro terapii nosné. Na základě toho bylo vytvořeno dalších sedm terapeutických jednotek tak, aby dohromady postihly důležité aspekty tématu organizace a práce s časem pro podporu pacientů a zlepšení kvality jejich života.

Cíle, které byly pro tvorbu programu stanoveny:

- podpořit pacienty, aby se naučili **efektivně plánovat svůj čas**,
- získat motivaci k **efektivnímu využívání času** v jednotlivých dnech,

- získat informace pro lepší **porozumění a rozlišování volného času, produktivity a péče o sebe** a
- podpora **sebeuvědomění, sebereflexe a osvojení strategií zvládnání stresu**.

Záměrem programu je poskytnutí příležitosti k zamyšlení se nad svým využíváním času a k nastolení změn v práci s časem. Seznámí pacienty s výčtem aktivit, kterým by se mohli věnovat a podpořit tak jejich fungování a zapojení v běžném životě. V rámci programu byly vytvořeny pracovní listy, do kterých si pacienti můžou psát osobní poznámky, které nemusí s ostatními sdílet a následně je mohou využít pro další práci na sobě. Pacienti v rámci programu obdrží úvodní list, pracovní listy a závěrečná doporučení k řešené problematice (edukační materiál). Na konci programu mají účastníci skupiny možnost listy sešít k sobě a tím vznikne pracovní sešit, který si mohou odnést domů. Výsledná verze sešitu byla konzultována s ergoterapeutkou NUDZ. Přínosem programu je podpora pacientů k lepší práci s organizací a plánováním času, motivace v zapojení se do smysluplných aktivit, směřování k prevenci relapsu onemocnění a usnadnění návratu do normálního aktivního života po propuštění z hospitalizace.

V průběhu dvou týdnů byly navržené terapie realizovány autorkou práce s pacienty s psychotickým onemocněním. Celkem proběhlo 10 ergoterapeutických skupin, v průběhu kterých došlo k intenzivní práci se zvoleným tématem. Výběr témat z předpřipravených pracovních listů byl volen tak, aby byl celkový přínos pracovního sešitu k osvojení si problematiky u cílové skupiny co největší.

1. Skupinová terapie: úvod do programu.

Příprava terapie:

Pro seznámení s tématem byly sepsány diskuzní otázky, například: „Proč je pro vás v životě důležité plánovat si svůj čas?; Měli jste v minulosti příležitost zabývat se tímto tématem?; Nastaly poté změny ve vašich životech?“. Příprava sešitu (viz Příloha č. 6).

Průběh:

Na skupinu přišlo 7 pacientů s převahou žen. Po seznámení s prací byli pacienti uvedeni do problematiky organizování času. Jeden pacient uvedl, že se zabýval plánováním času na dřívější hospitalizaci, v rámci tréninku kognitivních funkcí na oddělení vedené zdravotními sestrami. Následně si nastavil denní plán, ale zapsal si více aktivit, než pro něj bylo možné uskutečnit a brzy od plánu ustoupil. Většina pacientů se shodla, že je pro ně plánování času obtížné. Pravidelně trpí sníženou koncentrací při plnění aktivit a mnohdy mají problém vůbec vstát z postele. Často doma nemají dostatek energie k zapojování se do aktivit. Jeden pacient konstatoval, že v rámci plánování času se necítí moc dobře, protože se často cítí

jako dítě, kterému se ráno nechce vstávat z postele. Následně jeden pacient zmínil, že mít nastolený denní režim je velmi výhodné a efektivní. Na otázku, zda si myslí, že plánování času ovlivňuje jejich zdravotní stav, většina okamžitě a jistě souhlasila. Svěřili se, že v oblasti plánování času mají největší potíže s udržení koncentrace na činnost, častou únavu a nepříjemný pocit, kdy si aktivity často nedokážou vůbec užít. V rámci budoucího plánu považují za důležité uvědomění, že něco ze svého plánu zvládnou, aby poté mohli sami sebe ocenit a uznat svou aktivitu.

Ve druhé části byla skupině představena náplň budoucích setkání a koncept pracovního sešitu. Na posledních deset minut terapie byly pacientům rozdány, podepsány a přečteny úvodní listy pracovního sešitu. Po vzájemné dohodě si listy sešitu pacienti uchovávali na ergoterapii v jejich vlastních složkách.

Závěr:

Terapie trvala 45 minut. Jedna pacientka po pár minutách odmítla spolupracovat a dále se ergoterapie neúčastnila z důvodu nepříjemného pocitu sdělování vlastních osobních informací. Chvilku strávila na chodbě a poté požádala o omalovánky a více nespolečovala. Ostatní členové byli aktivní. Odpovídali na otázky, sdíleli ve skupině pocity a doplňovali se.

Reflexe pacientů:

Skupina měla vůli dále se věnovat problematice efektivního plánování času. Otevřeně přiznali, že svůj čas nedokáží dostatečně využít. K hodnocení terapie bylo využito nestrukturované ústní hodnocení. Jedna pacientka řekla, že se těší na další setkání.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Na úvodním setkání nebyly využity žádné pracovní listy. Terapie poskytla potřebný prostor pro budování důvěrné atmosféry ve skupině, seznámení se s tématem a budování vztahu terapeut - pacient. Zvláště u pacientů se schizofrenií, kteří trpí bludy a halucinacemi, může být tento čas pro kvalitní spolupráci zásadní.

Pro některé pacienty může být vybrané téma velmi osobní a bolestné, protože cítí, že v něm selhávají. Je vhodné mít vymyšlenou méně náročnou aktivitu (aktivitu, ve které nemusí být pacienti tolik exponováni), které by se mohl pacient individuálně věnovat. Pro tyto případy byly nachystány pracovní listy s kognitivními úlohami a omalovánky.

2. *Skupinová terapie: hra, Hodnocení aktuálního plánu aktivit.*

Příprava terapie:

Vytvoření souhrnného plakátu k rozdělování činností. Na formát čtvrtky o rozměru A2 byly vypsány konkrétní činnosti rozdělené do 4 kategorií: volný čas, péče o sebe (sebe péče), produktivita a odpočinek. Další aktivitou byla určena hra bingo s tematickými obrázky

všedních denních činností. Pro druhou terapii bylo zvoleno téma: Hodnocení aktuálního plánu aktivit (viz Příloha č. 13 a 14).

Průběh:

Na terapii přišli pacienti o 5 minut později. Skupiny se účastnil i nový člen, který byl stručně informován o následujícím programu a obdržel úvodní list k sešitu. Na úvod pacienti odpovídali na otázku, co si pamatují z minulého setkání a co již dnes ve svém dni zvládli. Následně pacientům byla nabídnuta rychlá hra bingo. Proběhlo seznámení s jednotlivými obrázky denních aktivit a činnosti byly popsány. Po hře se pacienti aktivně chopili úvodních listů, začali si psát poznámky a barevně je zvýrazňovat. Během čtených instrukcí skupina názorně sledovala přehled činností na plakátu. Během diskuze řadili do kategorií další položky. Posledních 7 minut zbylo na pracovní listy. Skupina byla instruována k co nejpodrobnějšímu vyplnění posledního cvičení.

Závěr:

Skupina byla aktivní a spolupracující. Hra pacientům terapii zpříjemnila, sloužila k oživení paměti a připomenutí si, jaké různé aktivity během dne člověk vykonává. Pacienti se také pobavili, protože u některých obrázků nebyla činnost jednoznačně určitelná.

Diskuze o rozdělování činností do čtyř kategorií se dvojnásobně protáhlo, přibližně na 15 minut. Pacienti potřebovali více času na uvědomění si rozdílů mezi aktivitami. Rozdávání pracovních listů na posledních pár minut nebylo užitečné. Pacienti, znaveni z předešlých aktivit, sepsali maximálně 5 položek, takže cvičení nikdo nestihl dokončit. Na konci terapie proběhla zpětná vazba.

Reflexe pacientů:

Pacienty velmi zaujaly graficky upravené citáty úvodního listu k sešitu a začali si je fotit na mobilní telefony, aby si je mohli brzy připomenout. Některým definicím činností nerozuměli a žádali o zjednodušení a vysvětlení. Při započetí sepsování hodnocení aktuálního plánu aktivit se ihned jedna pacientka omluvila, že jí je z toho příliš nevolno a cvičení vyplnit nemůže. Řekla, že se až stydí, za svou pasivitu v době před hospitalizací. Při čtení instrukcí pacienti některým odborným slovům nerozuměli a potřebovali je dovysvětlit. U dlouhých vět ztráceli pozornost. S tématem byli spokojeni a měli zájem se dozvědět více. Ptali se, jestli se bude příště něco vyrábět. Oceňovali naslouchání tempa skupiny.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Některé pasáže instrukcí je třeba zestručnit, vyhnout se dlouhým souvětím a informace zjednodušit. Je účelné více gestikulovat a dělat pauzy k zamyšlení. Zvolená hra byla pro

pacienty příjemnou změnou, poté jim ale přibližně 2 minuty trvalo se soustředit na další cvičení.

Z připraveného programu se stihlo minimum. Na skupinu přišli později a terapie se z toho důvodu protáhla. Pro ukončení terapie byla potřeba zastavit pacienty v činnosti. Vhodnější by bylo počítat s pomalejším tempem plnění úkolů a časovou rezervou. Jako možné řešení by bylo navržený program rozdělit do dvou sezení. Poskytnout pacientům více času na rozdělování činností do kategorií bylo přínosné. Místo plakátu by bylo vhodnější zajistit flipchart, který by v terapeutické místnosti zůstal po dobu všech terapií a pacienti by se na něj mohli kdykoliv obracet.

Pacienti reflektovali o tom, že se těší na manuální činnosti, které uleví kognitivním funkcím a zaměstnají fyzickou stránku člověka. Je žádoucí přizpůsobovat program dle aktuálních potřeb a očekávání pacientů.

3. Skupinová terapie: Hodnocení aktuálního plánu aktivit – pokračování programu.

Příprava terapie:

Nachystání souhrnného plakátu z předešlé ergoterapie a listů (viz Příloha č. 13 a 14).

Průběh:

Na terapii dorazila pětičlenná skupina o 5 minut později. Tři pacienti přišli na ergoterapii poprvé, dva byli stálí a jeden se přidal po deseti minutách kvůli zdržení na vyšetření. Po úvodu do tématu se pacienti věnovali práci s úvodními listy, pracovními listy a skupina navázala na shrnutí čtyř kategorií činností. Kvůli nedostatku času se noví členové seznámili s úvodním listem k celému programu až na poslední hodině. Pacienti pokračovali v rozepisování aktivit dne před hospitalizací. Ptali se, zda musí vypisovat „spánek“ do všech řádků. Jedné pacientce bylo u cvičení nevolno a odmítla pokračovat. Jelikož onen den svou hospitalizaci končila, bylo jí nabídnuto rozepsání časového plánu pro následující ideální den. Po dokončení cvičení byl s několika pacienty proveden rozhovor o spokojenosti s minulým denním režimem, kde by rádi udělali změny, zda u nich převládá pasivní trávení volného času a co jim určité aktivity přináší. Někteří členové skupiny diskuzím naslouchali a více aktivně se nezapojovali. Pracovní listy byly dokončeny a založeny do vlastních složek pacientů.

Závěr:

Jelikož na úvod proběhlo opět seznamování s programem a opakování hlavních bodů z minulé terapie, na samotné vypisování aktivit zbylo 20 minut. Pacienti s již rozpracovanými sešity strávili většinu terapie podrobným vypisováním všech denních aktivit, jiní pacienti na to využili posledních 5 až 15 minut. Někteří pacienti kolonky přeskakovali a jiní psali tolik

informací, že přetahovali do dalších řádků. Tři pacienti se dobrovolně přihlásili k individuálnímu rozhovoru o jejich denním režimu.

Reflexe pacientů:

Aktivita se skupině líbila. Při diskuzi však zjistili, že nejsou se svým rozvržením aktivit během typického dne spokojeni.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Pro rychlejší a efektivnější připomenutí a shrnutí základních poznatků by se hodilo mít tištěné, graficky zpracované stručné poznámky. Pacienti se lépe orientují v problematice díky letáku a tištěným materiálům.

Na diskuzi o denním plánu se všemi pacienty nezbyl dostatek času. Někdo měl při konverzaci očekávání, že dostane „životní rady“. Pacientům byl nabídnut osobní názor a doporučení založená na vlastních zkušenostech. Potřebovali vyslechnout a rádi by víc vyprávěli o svém životě. Uklidňoval je pocit, že jiným lidem na jejich životě záleží a chtějí se o něm dozvědět více. Zde se ukazovala potřeba následné individuální práce, která je ovšem v podmínkách nemocnice velmi omezená. Pokud by byla možnost na skupinový program navázat individuální ergoterapií, kde by byl dostatečný prostor na práci s osobním příběhem člověka, zvýšila by se šance na přenesení získaných zkušeností ze skupiny do života pacienta.

Pacienti v průběhu připravené terapeutické jednotky ukončovali svou hospitalizaci. Někteří datum propuštění oznámili předem, jiní ergoterapeuty informovali daný den a ostatní o délce pobytu terapeuty neinformovali. Častokrát sami neměli dopředu informace o datu propuštění. O tomto faktu by měl být ergoterapeut informován také ze strany ošetřujícího personálu oddělení, ovšem takto provázaná spolupráce zatím není a ergoterapeuti staví především na navázaném kontaktu s pacienty. Bylo by tedy vhodné být na tuto situaci připravený a mít vytištěné zbývající pracovní listy programu k samostudiu.

4. Skupinová terapie: papírová koláž – první část oddělení.

Z organizačních důvodů bylo oddělení rozděleno na dvě části.

Příprava terapie:

Nachystání pomůcek a sepsání otázek k zamyšlení. Příprava koláže (viz Příloha č. 15).

Průběh:

Šesti pacientům bylo stručně vysvětleno hlavní téma terapeutické jednotky a metoda koláže. Dva pacienti se s touto technikou setkali již dříve. Téma znělo: Na co se těším po propuštění z hospitalizace. K úvodu do tématu si skupina odpovídala na otázky: „Co chci zvládnout?, Kam se chci podívat?, Co mi udělá radost?, Co bych chtěl nového vyzkoušet?, Co bych rád uvařil?, Chtěl bych čas strávit více produktivně, volnočasově, péčí o sebe nebo

odpočinkem?, S kým chci trávit čas?“. Na základě souhlasu doprovázela terapii hudba. Na tvorbu měli 30minut. Čtyři pacienti začali okamžitě v časopisech listovat. Jeden pacient byl rozzloben. Časopisy procházel rychle a tvrdil, že nemá k dispozici dostatek pánských časopisů. Nakonec si vybral několik obrázků. Dva pacienti si přibližně po sedmi minutách začali vyprávět, na co se těší, až budou doma. Po chvíli bylo potřeba jejich diskuzi ukončit, aby nerušila ostatní. Vybrané obrázky aktivit zahrnovaly: cestování po České republice, vaření dle nového receptu, návštěva kadeřnice a manikúry, pomáhání druhým, setkání se s milovanou osobou či pobyt ve výtvarném pokoji. Před koncem byla skupina informována, že zbývá posledních deset minut. Na konci proběhla diskuze o kolážích. Úklid konec ergoterapie trochu oddálil. Většina z pacientů si výtvary odnesla.

Závěr:

Pro páteční zatažený den, kdy většina pacientů byla velmi unavená a při příchodu téměř nemluvila, byla zvolena odpočinková kreativní činnost. Pro pacienty nastalo těžké období, kdy jim kvůli covidové pandemické situaci byly zakázány vycházky. Terapie proběhla v poklidu, bez dotazů k plnění úkolu.

Reflexe pacientů:

Jednu pacientku vybraná technika moc nebavila, protože ji již v minulosti zkoušela. Ostatní pacienti byli velmi spokojení. Pochvalovali si prostory ergoterapie, protože jim tam čas vždy rychle utíká. Oceňovali, že se nevěnují jedné činnosti 2 hodiny. Hudba pacientům pomohla navodit příjemnou atmosféru.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Původní téma koláže „Čas života“ nebylo ergoterapeutkami v NUDZ doporučeno. Na pacienty by to mohlo působit bolestně, protože navrhované téma myšlenkami směřuje hlavně do minulosti. Téma koláže bylo pozměněno.

Na skupině byl pozorován nárůst větší důvěry. Po dokončení koláží nebyla potřeba pacienty motivovat k diskuzi, spontánně začali vyprávět o svém plánu i dříve tišší pacienti.

5. Skupinová terapie: papírová koláž – druhá část oddělení.

Příprava terapie:

Nachystání pomůcek na koláž a otázek k zamyšlení.

Průběh:

Pátá terapie probíhala v návaznosti s druhou částí oddělení. Na ergoterapii přišli čtyři pacienti, z nichž tři byli na programu poprvé, takže je bylo třeba seznámit s minulými aktivitami. Po úvodu skupina začala pracovat s doprovodem hudby. Jedna pacientka nestihla vystřižené obrázky nalepit, tak si práci odnesla k dokončení ve volném čase.

Závěr:

Při příchodu pacienti vypadali velmi unaveně a pasivně. Téměř mezi sebou neinteragovali. Možná byli noví pacienti čerstvě hospitalizovaní a ještě se nestihli seznámit se svým oddělením. Než se dali do tvorby, potřebovali pár minut k rozmyšlení. Nakonec bylo pro skupinu těžké skončit včas. Rádi by pokračovali dál ve tvorbě své koláže, ale o více jak 10min se terapie prodlužovat nesmí, protože by narušila navazující program.

Reflexe pacientů:

Aktivita přišla skupině příjemná a nenáročná. Zvolené téma se pacientům líbilo.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Pacienty poslech hudby potěšil. V rámci kreativních činností si skupiny také rádi hudbu vybírají.

6. *Skupinová terapie: Priority a organizování času.*

Příprava terapie:

Pro šestou terapii bylo zvoleno téma: Priority a organizování času (viz Příloha č. 8 a 9). Příprava pomůcek.

Průběh:

Na skupinové terapii se sešlo 9 pacientů. Kvůli zpřísnění režimových opatření v rámci covidové pandemie byla potřeba si na začátku terapie řádně vydezinfikovat ruce. Do skupiny přibyl jeden nový člen. Byl mu představen vytvořený plakát z předešlé terapie. Jedna pacientka se brzy omluvila, že se necítí dobře, šla si odpočinout na chodbu a dále nespolupracovala. Jen co pacienti zahlédli připravené časopisy, začali se ptát, zda budou znovu tvořit koláže. První aktivitou bylo vybírání obrázku činnosti, kterou by chtěli zvládnout, která je pro ně důležitá, nebo kterou by si chtěli znovu osvojit, protože je udržuje v dobré kondici. Mezi volené obrázky zvolili: lyžování, fotografování nebo parfémování, které pacientce zvyšuje sebevědomí. Následovala diskuze o výhodách a nevýhodách spontánnosti a plánování. Poté proběhlo vyplňování listů nového tématu a následovala diskuze nad úvodním textem. Skupina stihla vyplnit všechna cvičení, ale terapie se opět protáhla.

Závěr:

Při plnění prvního úkolu se zdálo, že pacienti instrukcím neporozuměli kvůli nedostatečné pozornosti. Do aktivity se jim nechtělo. V diskuzi nad obrázky byla skupina aktivní. Při čtení prvního cvičení jednoho pacienta rušila nadsázka, že každý den má 2.000.000 sekund. Jiný pacient měl potíže s porozuměním textu, protože byl napsán nesouvislými větami. Dalšímu pacientovi vadilo přirovnání času k penězům.

Pacienti měli málo energie. Vliv na aktivitu mohl mít i vyhlášený lockdown kvůli coronavirové pandemii, špatné počasí a blížící se lékařská vizita.

Reflexe pacientů:

Téma přišlo pacientům přínosné. Největší obtíž jim dělalo koncentrování se na různé činnosti. Terapie je ale bavila. Všechny pokyny se jim zdály srozumitelné.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Pacienti mívají krátké přestávky mezi programy a často si nestihnou odpočinout. Někdy je těžké pacienty tématem zaujmout. Často přichází unavení a nedostatečně pozorní, což může být důvodem k překročení délky sezení.

V průběhu terapie se hodně projevovala aktivní pacientka, která ráda sdílí své pocity nahlas, ráda si ověřuje zadání, komentuje svou činnost a diskutuje s ostatními. Výhodou je, že někdy dokáže ostatní motivovat k práci a může je inspirovat svými nápady. Nevýhodou je, že většinu pacientů začne brzy rušit. Velmi sdílné pacienty je třeba usměrnit, ale zároveň nedemotivovat ve výkonu. Na několika terapiích si jiná pacientka potřebovala vyřídit „naléhavou“ osobní korespondenci. Bylo těžké rozlišovat, kdy si pacient vymýšlí záminky k narušení terapie a kdy si opravdu potřebuje něco soukromě vyřídit. Naopak někteří pacienti působili celou terapii pasivně. Avšak někteří pacienti potřebují pouze delší čas k zamyšlení.

7. Skupinová terapie: Budování zdravých návyků.

Příprava terapie:

Výběr 3,5min motivačního videa o zdravém a nezdravém životním stylu. Sepsání otázek k diskuzi. Na sedmou terapii bylo zvoleno téma: Budování zdravých návyků (viz Příloha č. 16 a 17).

Průběh:

Na terapii se sešla velká, jedenáctičlenná skupina a proběhla dezinfikace. Tři stálí pacienti skupiny představili ostatním předešlé terapie. Skupina byla rozdělena do dvou menších. Zatímco první skupina sledovala video, druhá skupina si vypisovala poznámky na otázky: „Co to jsou zdravé návyky?, Jaké zdravé návyky máte?, Jak se cítíte, pokud je neuskutečníte?“. Následně se vyměnili. Poté proběhla společná diskuze a shrnutí videoukázky. Po úvodu nastala práce s pracovními listy. Ve cvičení „seznam každodenního udržování zdravého životního stylu II“ většina členů rozepisovala všechny aktivity.

Závěr:

Dva pacienti po celou dobu nespolupracovali a své pracovní listy nevyplňovali. Přibližně šest pacientů se aktivně zapojovalo do společných diskuzí. Pacienti si ve videu všimli hlavně emocí, popisovali rozdílné životní styly a zdůraznili, že člověk má vždy na

výběr, jaké aktivity bude upřednostňovat. Postřehli, že by měli volit takové návyky, které budou dlouhodobě udržitelné a prospěšné fyzickému i duševnímu zdraví. V průběhu vyplňování cvičení někteří sdíleli své plány nahlas. Všechna cvičení se stihla včas.

Reflexe pacientů:

Pacienti se dříve o tématu zdravého životního stylu nebavili. Na úvod terapie by rádi střídali hru i video. Zvolené video se skupině zdálo zábavné, příjemné, ale pro někoho příliš hlasité. Dva pacienti si zapsali webový odkaz videa, aby si jej mohli znovu přehrát. Na počátku terapie se několik pacientů cítilo unaveně. Pro 3 pacienty byly aktivity trochu náročné, pro dalších 5 pacientů byly více náročné a za velmi náročné je označil zbytek pacientů. Pacienti kvitovali, že měla terapie několik krátkých cvičení s rychlými úkoly. Za nejtěžší cvičení jeden pacient považoval „Každodenní časový plán“. Celkově se jim téma líbilo, protože se dozvěděli o dalších zdravých aktivitách.

Jedna pacientka navrhla, že příště by se každý člen mohl na začátku představit a říct, jak se právě cítí. Skupina souhlasila.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Ačkoliv většina pacientů přišla unavená, diskuze byly energické, u videa se pacienti smáli a několik pacientů sdílelo svůj názor nahlas. Velká skupina se jevila jako přínosná pro sdílení nápadů, lepší, energickou atmosféru. Avšak některé tiché pacienty mohlo skupinové sdílení rušit od práce a styděli sdílet svůj názor. Na terapii převládala příjemná atmosféra. Pacientům vyhovovala krátká a svižná cvičení.

8. Skupinová terapie: Cesty k zotavení – první část oddělení.

Příprava terapie:

Příprava jednotky Cesty k zotavení (viz Příloha č. 18 a 19) Nachystání hry „Hádej, kdo jsem?“ Na samolepící etikety bylo sepsáno několik běžných povolání (učitel).

Průběh:

Na ergoterapii přišlo osm pacientů. Na úvod byla položena skupině otázka, jak se dnes cítí. Někteří se svěřili, že jsou unavení kvůli stále působícím lékům na spaní. Po vysvětlení pravidel hry byl uveden příklad. Skupina se rozdělila do dvojic, oba si nalepili kartičky na čela a hádali své povolání. Na otázky smí odpovídat pouze „ano“, nebo „ne“. Pro příklad: „Pracuji ve škole?“, „Ne.“, „Pracuji v kuchyni?“, „Ano.“, „Jsem kuchař?“ „Ano.“.

Všichni pacienti svá povolání uhádli do deseti minut. Přibližně polovina pacientů požádala o nápovědu. Jedna pacientka uhodla své povolání (číšník) třemi otázkami. Dále se pokračovalo v programu. Instrukce provázely dlouhé texty, které byla potřeba zredukovat. Poté, co byl pojem zotavení vysvětlen, přihlásil se o slovo jeden pacient a přednesl skupině

svou osobní zkušenost. Zotavení dosáhl během svého odpočinku vloni po propuštění ze zaměstnání. Posluchači začali vypravěči tleskat a poděkovali mu za sdílení. V následných cvičení někteří pacienti četli své odpovědi nahlas. Jedna pacientka začala najednou odpovídat i na další cvičení, které stihla rychleji. Na poslední cvičení „Přednosti a dosahování cílů: práce a povolání“ bylo vymezeno posledních 15 minut. Pacientům bylo nabízeno samostatné dokončení na příští terapii.

Závěr:

Jako poslední téma bylo vybráno takové, které seznamuje pacienty se zotavením, jakožto nástroji k hledání smyslu života a motivuje je k výběru vhodného zaměstnání. Úvodní hra skupině připomněla různé druhy povolání.

Složení skupiny bylo velmi podobné předchozí terapii, a proto se na ni dobře navazovalo. Všichni pacienti program a jeho požadavky znali. Při společném plnění několika cvičení se ukázalo, že skupinové tempo je pro většinu členů nevyhovující. Někteří potřebovali zopakovat instrukce, protože náhle ztratili pozornost.

Reflexe pacientů:

Zvolená hra byla pro pacienty náročná, ale zábavná. Třem pacientům se dnešní program líbil více než předchozí zabývání se zdravým životním stylem. Jedna pacientka uvedla, že se zpočátku necítila dobře. Kvůli medikaci byla unavená a plačtivá. Během následujících aktivit jí bolest hlavy přešla. Jinou pacientku nejdříve nepříjemně zaskočilo téma „práce“, ale nakonec byla z průběhu příjemně překvapená a téma jí bavilo. Pro některé pacienty bylo nejtěžším cvičením „Stanovování vnitřních a vnějších předností a zdrojů“ ve cvičení „Přednosti a dosahování cílů: práce a povolání“. Na edukační skupině se prý o zotavení zmínili pouze okrajově. Dva pacienti se s tímto tématem setkali na předešlé hospitalizaci. Skupinu potěšilo sdílení životního příběhu jednoho z pacientů a vážili si jeho odvahy. Rádi by se o zotavení dozvěděli více informací.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Hra, ve které musely dvojice vzájemně komunikovat, se osvědčila. Ačkoliv pro většinu skupiny bylo uhodnutí povolání těžké, všichni se aktivně zapojili. Spolupracovali i jindy tišší členové. Někteří pacienti nebyli připraveni se zabývat tématem zaměstnání a v následujícím cvičení většinu otázek nedoplňli.

Sdílené příběhy mohou členy motivovat ke změně. Vypravěč může být oceněný a může mu to zlepšit sebevědomí. Do skupiny se mohou promítnout radostné, smutné ale i zlostné emoce. Nevýhodou sdílení příběhu je narušení připraveného programu, který se může ocitnout v časovém skluzu.

9. *Skupinová terapie: Cesty k zotavení – druhá část oddělení.*

Příprava terapie:

Příprava jednotky Cesty k zotavení (viz Příloha č. 18 a 19). Nachystání hry „Země, město...!“ Hádané oblasti obsahovaly kolonku s povoláním.

Průběh:

Skupinu tvořili pouze tři členové, přičemž jedna pacientka byla součástí i předešlé skupiny. Pacienti se věnovali hře „Země, město...!“ po deset kol. Nové dvojici bylo téma představeno s dotazem, zda se mu chtějí věnovat. Dvojice souhlasila. Třetímu členovi byl navrhnout náhradní program. Pacientka si zvolila malování. Při samostatném vyplňování posledního cvičení jedna pacientka najednou pustila z telefonu hudbu. Řekla, že se jí s ní lépe pracuje. Se souhlasem skupiny hrála ztišená hudba dál. Pacienti nestihli všechno vyplnit.

Závěr:

Skupinu tvořil velmi malý počet členů, proto byla zvolena jiná hra oproti původnímu plánu této terapie. Program terapeutické jednotky byl plněn pouze dvěma členy, přičemž jeden z nich cítil po celou dobu napětí. Málo odpovídal na otázky, po celou dobu silně oddechoval a udržoval pomalé tempo. Druhá členka byla naopak velmi aktivní, stále chtěla svou činnost komentovat, pracovala rychle a na prvního člena nechtěla čekat, ačkoliv k tomu byla několikrát vyzvána. Nejdéle počkala přibližně 20 sekund a své zápisky začala znovu číst nahlas. Když se hovořilo o vlivu duševní nemoci na zdraví, naléhala, aby se tato část programu přeskočila, protože ještě není připravená toto téma více rozebírat. Třetí pacientka program nenásledovala.

Reflexe pacientů:

Pacienti si vybranou hru chválili. Pacientka s individuálním programem byla spokojená. Druhé pacientce se aktivity z programu líbily a bavily ji. Na třetího pacienta působila většina otázek osobně, tak se cítil nepříjemně.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Při velmi malém počtu skupiny se aktivní pacientka více projevovala a bylo těžké ji usměrnit. Ve dvojici se projevovaly velké rozdíly. Každý by potřeboval úplně jiný terapeutický přístup. Pacientka si ráda brala slovo a ostatní k řeči pouštěla nerada. Větší zastoupení takto aktivních pacientů je pro práci ve skupině velmi narušující.

10 *Skupinová terapie: závěrečný program.*

Příprava terapie:

Nachystání závěrečného listu (viz Příloha č. 7), pomůcek, listů z předešlých terapií, zpětnovazebných dotazníků a hry „Naučné pexeso“.

Průběh:

Na poslední terapii přišlo osm pacientů, z nichž jedna pacientka se účastnila programu prvně. Byla s ním stručně seznámena a byl jí nabídnut individuální program. Pacientka zvolila antistresové omalovánky. Skupina dostala prostor k vyjádření aktuálních pocitů. Někdo se cítil unaveně a někdo depresivně z důvodu zakázaných vycházek. Skupině byla vysvětlena náplň poslední terapie. Rozdali se jim zpracované pracovní listy, úvodní listy i závěrečné listy. Následovala společná rekapitulace všech témat. Pacienti, kteří u některého tématu chyběli, dostali podklady pro samostatné vyplnění a všechny listy se sešily. I novou pacientku sešit zaujal a požádala také o jeden. V diskusi se zdůraznily hlavní zásady při plánování času, důležité body k vytvoření udržitelného dlouhodobého časového rozvrhu a kroky, kterými lze dojít k efektivnímu vyplnění času. Dále tvorba zdravých rituálů, hlavních záchytných bodů dne a vlivu výběru aktivit na psychický stav. Na posledních deset minut bylo pacientům nabídnuto kreativní zpracování ideálního udržitelného denního plánu. Pacienti však byli příliš unavení a tak volili raději hru. Dva pacienti se hry neúčastnili a raději se věnovali sešitu. Nakonec byly pacientům rozdány zpětnovazebné dotazníky.

Závěr:

Všichni přítomní pacienti obdrželi kompletní sešity k organizování času a odnesli si je.

Reflexe pacientů:

Pacienti byli velmi rádi za materiály, které si mohli odnést domů. Velmi je zaujaly veškeré citáty. Formu pracovního sešitu si chválili. Všichni přítomné kromě nové členky vyplnili zpětnovazebné dotazníky.

Reflexe a hodnocení terapie ze strany ergoterapeuta:

Všichni pacienti byli se sešitem i vedením terapií spokojeni. Pacienti byli motivováni ke změně svých špatných návyků. Náplň terapií byla přizpůsobena aktuálnímu složení skupiny, tempu skupiny a jejich potřebám.

3.3.3. Souhrn hodnocení programu Organizace času

Informovaný souhlas podepsalo celkem 14 pacientů ve věku 20 až 74 let. Průměrný věk skupiny činil 38,5 let. Muži i ženy byli zastoupeni stejným počtem. Nejčastější diagnózou ve skupině byla paranoidní schizofrenie, často s depresivním prožíváním. Mezi další diagnózy patřila bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha, schizoafektivní porucha a manická dekompenzace bipolární poruchy.

Hodnocení celé terapeutické jednotky pomocí zpětnovazebných dotazníků vyplnilo sedm členů, z nichž pouze jedna pacientka absolvovala všechny terapie programu. V první

části pacienti odpovídali na otázky týkající se spokojenosti a přínosu skupiny. V druhé části odpovídali na otázky formou otevřených odpovědí (viz Příloha č. 2). Výsledek hodnocení uzavřených otázek zobrazuje graf (viz Příloha č. 20).

Z hodnocení plyne, že vybrané téma přišlo všem pacientům zajímavé a všem pomohlo uvědomit si, jak velký vliv má životní styl na zdraví. Všichni pacienti se shodli, že terapie měly dobrou strukturu. Jeden pacient by ocenil více času na diskuzi. Jiný pacient označil, že terapie trvaly nedostatečně dlouho. Většina pacientů se spíše chystá udělat změnu v jejich životním stylu. Pacienti by k plánování změn spíše potřebovali další pomoc.

Za nejpřínosnější části pacienti považovali: hru bingo, cvičení k udržování zdravého životního stylu, hodnocení denního plánu, diskuzi o zdravých návycích a jejich účincích, organizování času a tvorbu pracovního sešitu. Pouze jeden pacient se vyjádřil k návrhům pro vylepšení terapie, a to zařazením více aktivit bez konkrétního tipu.

Výsledky závěrečných hodnocení se liší. Závěrečné hodnocení 2 pacienti vyplňovali podrobněji než Závěrečné hodnocení 1 (hodnocení pilotní terapie) kvůli absolvování většího počtu terapií na dané téma a jeho hodnoty zachytily při vyplňování větší jistotu. Při hodnocení pilotní terapie bylo z grafu patrné, že pacienty dané téma zaujalo, ale spíše jim nepomohlo uvědomit si, jak velký vliv má životní styl na jejich zdraví. Ze Závěrečného hodnocení 2 jasně vyšlo, že pacientům přišlo téma zajímavé, pomohlo jim uvědomit si, jak velký význam má životní styl na jejich zdraví a skupina ocenila dobrou strukturu terapií. Z toho plyne, že pacienti byli s problematikou během dvou týdnů seznámeni podrobněji a uvědomili si důležitost tématu. U obou závěrečných hodnocení měli pacienti pocit, že už nepotřebují další pomoc k plánování změn. To může být způsobené neupřímnou odpovědí z důvodu strachu z jejich osobního negativního ohodnocení. Pacienti považovali za nejpřínosnější část koncept různorodých aktivit. Pacientka, která prošla všemi deseti terapiemi, hodnotila všechny terapie zvlášť pozitivně a přínosně.

3.4. Výsledky

V rámci této práce byl vytvořen pracovní sešit na téma: Organizování času, který obsahuje 9 terapeutických jednotek. Pro nácvik práce s časem bylo provedeno 10 navazujících terapií, během kterých bylo vyzkoušeno pět terapeutických jednotek.

Formou kazuistik bylo sepsáno, jak se lišilo praktické vedení od připravené formy. Všichni pacienti, kteří se programu účastnili, byli s ním seznámeni a odnesli si kompletní pracovní sešit, se kterým mohou pracovat i individuálně. Aktivity byly vždy přizpůsobeny aktuálnímu složení skupiny. Pro vedení terapií byla potřeba dané instrukce redukovat a často přeformulovat vlastními slovy. Terapeutické jednotky již prošly drobnou úpravou instrukcí. Bylo vyzkoušeno několik modalit: tužka-papír, diskuze, hry, video i kreativní technika. Skupinám nejvíce vyhovovalo častější střídání krátkých aktivit. Dlouhá cvičení je unavovala. Na některé diskuze bylo poskytnuto kvůli zájmu více času, zatímco jiné byly ukončeny např. jen dvěma odpověďmi a téma skupina dále nechtěla rozvíjet. Některé pracovní listy obsahovaly velké množství cvičení, kvůli kterým bylo obtížné dodržet časový limit. Pokud cvičení skupina nedokončila, pokračovalo se s ním následující terapii.

Terapeutické jednotky se celkově účastnilo 14 dospělých pacientů převážně s diagnózou paranoidní schizofrenie, dále bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha, schizoafektivní porucha a manická dekompenzace bipolární poruchy. Skupinové terapie proběhly polouzavřenou formou, což oproti původnímu plánu realizovat program v uzavřené skupině přineslo několik komplikací. Na terapii se sešlo vždy jiné složení členů a každý pacient se účastnil jiného počtu terapií, tedy hrozilo, že efekt terapií bude nižší a pacienti se hůře napojí na již proběhlá témata. Opakované seznamování se s tématem zkracovalo čas pro samotnou realizaci programu, vytvářelo nižší kohezi skupiny a skupinová dynamika tím byla narušena. Navrhovaný program bylo třeba uzpůsobit režimu oddělení a praxi ergoterapie v NUDZ, tedy program byl navržen tak, aby jednotlivé terapeutické jednotky mohly být použity i samostatně, přitom na sebe dobře navazovaly a prohlubovaly povědomí o problematice.

Pacientům forma pracovního sešitu vyhovovala. Využívaly ho jako podklad pro terapie, dopisovali si do něj informace a někdy si do něj vkládali i další papíry s poznámkami.

Připravené terapeutické jednotky: Edukace o aktivitě, zdraví a duševní nemoci – instrukce (viz Příloha č. 21), Životní styl – stres – instrukce (viz Příloha č. 23) a Relaxační aktivita v představě – instrukce (viz Příloha č. 25) s příslušnými pracovními listy čekají na další ověření v praxi.

4. DISKUZE

Nízké povědomí široké veřejnosti i odborníků o roli ergoterapeuta stále přetrvává. V péči o duševní zdraví bývá zaměňován s pracovními terapeuty. Zvýšení povědomí o jedinečném ergoterapeutickém přístupu může přispět ke zkvalitnění poskytované péče, která přináší mnoho výhod. Ergoterapie může významně podpořit proces zotavení a zvýšit kvalitu pacientova života. Snižuje riziko vzniku chronického onemocnění a opakované hospitalizace, čímž snižuje ekonomické i sociální důsledky, a to v národním i globálním měřítku.

Lidé s vážným duševním onemocněním mohou zažívat v důsledku nemoci opakované hospitalizace. V důsledku dlouhodobého pobytu v nemocnici ztrácí funkční schopnosti a stávají se závislími na svém okolí (Páv et al., 2017). Postupem času u nich může nemoc významně narušit oblast psychických, sociálních i pracovních schopností. Návrat do domácího prostředí může být pro takové pacienty velmi obtížný.

Zde se nabízí využití ergoterapie kladoucí si za cíl zlepšení fungování jedince na takovou úroveň, aby byl úspěšný a spokojený v prostředí, ve kterém žije nebo chce žít, a to s co nejmenší mírou profesionální podpory. Je prokázáno, že pacienti, kteří pravidelně docházeli na skupinové ergoterapie, se naučili novým poznatkům a jejich funkční schopnosti se zvýšily. Skupinová ergoterapie nabízí bezpečné místo k učení a nácviu dovedností. Je důležité, aby pacienti aplikovali získané dovednosti do běžného života a tím se lépe připravili na propuštění z hospitalizace.

Ergoterapeutické skupinové intervence nalezneme nejčastěji v psychiatrických nemocnicích u hospitalizovaných pacientů. Jejich náplň se v různých zařízeních liší. Při práci se skupinami se ergoterapeuti snaží identifikovat potřeby jednotlivců a poskytnout jim léčebnou příležitost, kterou potřebují. Využívají širokou škálu forem skupiny dle terapeutické funkce a účelu (Finlay, 1997). V praxi se ale ergoterapeuti mnohdy zaměřují jen na činnost, zaměstnávání nebo na řadu obecných klinických rolí a tím sami zapomínají na svůj jedinečný přínos v podpoře zdraví (Parkinson, 2017). Podle Lloyd, Waghorn a Williams (2008) by měl ergoterapeut aktivně napomáhat pacientovi v jeho osobním procesu zotavení, díky kterému by mohlo dojít u člověka i jeho okolí ke snížení celkové zátěže způsobené duševní nemocí. *„Ergoterapeutická praxe vychází spolu s modelem zotavení z filosofie a důkazů, že jedinci s diagnostikovanou duševní nemocí se mohou zotavit a vést smysluplný, uspokojující a produktivní život.“* (Champagne a Gray, 2016, s. 2).

Mezi závažné psychotické poruchy, které často vyžadují nejdelší hospitalizace, patří schizofrenie (Di Lorenzo et al., 2020). Schizofrenie způsobuje halucinace a bludy, které

mohou pacientům výrazně narušovat fungování ve společnosti. Bejerholm a Eklund (2004) prokázali, že pacienti se schizofrenií mívají problém s organizací každodenních aktivit. Mají větší tendenci účastnit se méně pestrých aktivit s převahou pasivních činností a vyloučením ze společnosti (Lipskaya-Velikovsky, Easterbrook a Kotler, 2016).

Při léčbě nemocí jako je schizofrenie, tvoří hlavně v počátku onemocnění dominantu léčby medikace, ke které se přidávají psychoterapeutické a psychosociální intervence (edukace, nácvik plánování a sociálních interakcí, kognitivní tréninky, nebo sociální rehabilitace) (Kopeček, 2003). Jansson et al. (2014) potvrzuje, že pro zlepšení pracovního výkonu nemusí být samotná farmakoterapie dostatečná. Prokázal, že aktivní účast na intervencích zaměřených na zvládnání měla pozitivnější dopad na schopnost pracovat a provádět další každodenní činnosti udržitelnějším způsobem.

Již při propuknutí akutních příznaků duševního onemocnění, může člověk cítit velké oslabení, které zpravidla narušuje jeho pravidelný režim dne. Ztráta pravidelného režimu zhoršuje výkon ve všedních denních činnostech i návrat do zaměstnání, což má dopad jak na společnost, tak na jednotlivce. Při propuknutí nemoci nemusí být člověk náhle schopen ani vstát z postele. V takovém stavu ztrácí i naději na zlepšení. Ergoterapeut věří, že výběr každodenních aktivit ovlivňuje duševní a fyzické zdraví. Dle Finlay (2001) nastane hlavní role ergoterapeuta ve chvíli, kdy se stav pacienta během hospitalizace zlepší a začne se připravovat na návrat domů. Po stabilizaci akutních příznaků může ergoterapeut pomoci jedinci najít řešení, jak se znovu zapojit do smysluplných každodenních činností. Využívá výběr smysluplných a vyvážených aktivit pro lepší pracovní výkon a spokojenost se sebou samým. Pomáhá pacientovi opět nalézt smysl života.

Pro vedení skupin hospitalizovaných pacientů s psychotickým onemocněním mohou ergoterapeuti využít cílené zaměřené programy. Příkladem specifického programu na podporu zotavení je: **Zotavení prostřednictvím činnosti (Recovery through Activity)**, jehož účelem je, aby se pacienti s duševními problémy zamysleli nad činnostmi, které je v životě provází a diskutovali a trénovali činnosti potřebné k udržení zdraví. Tento program vychází z Modelu lidského zaměstnávání (MOHO). Program je navržen pro dospělé, kteří mají přístup ke službám duševního zdraví. Je veden skupinově pro povzbuzení účastníků k volnočasovým aktivitám, nácviku všedních denních činností a pracovních dovedností. (Parkinson, 2017) Dle vzoru MOHO vznikl také **Remotivační proces (The Remotivational Process MOHO)**.

K dosažení konkrétních ergoterapeutických cílů mohou posloužit také doporučené postupy pro práci s lidmi s vážným duševním onemocněním, které byly formulovány na základě praxe založené na důkazech od amerických ergoterapeutů: **Occupational Therapy**

Practice Guidelines for Adults Living With Serious Mental Illness (Lannigan a Noyes, 2019), která obsahuje doporučení k vedení intervencí; nebo výše zmíněná kniha **Coping Strategies to Promote Occupational Engagement and Recovery** (2017) s vytvořenými intervencemi a programem pro vedení skupin od kanadských ergoterapeutek Mary McNamara a Theresa Straathof.

Pro tuto práci byl vytvořen skupinový program zaměřený na pacienty s psychotickým onemocněním zaměřený na edukaci a nácvik dovedností pro plánování a práci s časem. Výběr tématu reflektuje potřeby těchto pacientů, doporučení ergoterapeutů z praxe v psychiatrické nemocnici, získané vlastní zkušenosti a výsledek realizace dvou pilotních terapií. Vytvořený program byl následně realizován v deseti navazujících terapiích. Pro přípravu teoretických a praktických podkladů byly vybírány relevantní a pokud možno co nejaktuálnější zdroje, které se převážně zabývaly zaměřenou problematikou. České průzkumy a studie z ergoterapeutické praxe v hospitalizačních zařízeních oblasti péče o duševní zdraví nebyly v době psaní této práce nalezeny. Byly tedy využity převážně zahraniční výzkumy a studie, jejichž výsledky nemusí přesně korelovat s českou populací.

Výhodou navazující skupinové terapie je postupné osvojování řešené problematiky. Pacienti byli postupně edukováni o problematice plánování času, plnili sebezkušnostní cvičení do pracovního sešitu, učili se svůj výkon ohodnotit a poznatky aplikovat do budoucích plánů. Pravidelná shrnutí na úvodu terapie podněcovala učení. Pokud by pacienti obdrželi obsáhlé tištěné instrukce určené terapeutům, došlo by k jejich zahlcení informacemi. Pacienti by si mohli celý pracovní sešit vyplnit individuálně doma, ale většina by si na něj pravděpodobně neudělala čas. Intervence pacientům nabídla prostor k zamyšlení se nad sebou samými, nad svými zvyky a zdravím, které mohou ovlivnit výběrem upřednostňovaných, zdraví prospěšných aktivit. Ve skupině pacienti získávali podporu z vnějšího prostředí. Prokázalo se, že v rámci skupinové terapie se pacienti aktivně učí naslouchat druhým a reagovat na podněty ostatních.

Pro zpestření programu bylo použito několik tematicky zvolených aktivit: hra bingo s motivy všedních denních činností, hra hádej, kdo jsem, koláž na téma na co se těším po propuštění z nemocnice a video s motivy zdravého životního stylu. Zvolené hry podněcovaly sociální učení a motivovaly pacienty k aktivnímu zapojení se do aktivit. Jedna terapie byla věnovaná kreativní technice. Tematika zvolených aktivit pomáhala pacientům v úvodu terapie dostat se problematiky. Samotné využití formy tužka-papír by mohlo u pacientů vyvolat pocit zkoušení spojené se stresem.

V dnešní době se pacienti na psychiatrických odděleních nejčastěji setkávají na ergoterapii s kreativními činnostmi a kognitivním tréninkem. Využívání kreativních technik má v léčbě pacientů s duševním onemocněním velkou tradici. Prostřednictvím vyrábění, kreslení, modelování či šití pacienti přesouvají pozornost z nemoci na činnost. Trénují tak soustředění, sebepoznání, sebeuvědomění, sebevyjádření i jemnou motoriku. Rozvoj kreativity může pacientovi přinést v určité formě i odpočinek. Některé činnosti mohou pacienta zaujmout a motivovat ho v jejich pokračování v domácím prostředí. Přesto jsou kreativní techniky využívány nejčastěji formou kondiční ergoterapie. V praxi se lze také setkat s nadšením pacienta, který od ergoterapie očekává kreativní manuální práci. K tomu nutno dodat, že využívání kreativní činnosti by nemělo být pro ergoterapii jediným nástrojem.

Složení terapeutické skupiny nebylo možné ovlivnit. Při přípravě jednotek nebylo jasné, jak velká skupina se terapie účastní. Do polouzavřených skupin pacienti nerovnoměrně přichází a odchází dle začátku a ukončení jejich hospitalizace. Nečekaně mohou do skupiny přijít noví pacienti s různými potřebami. Každý člen skupiny je v jiném stadiu nemoci. Někdo je v akutním stadiu onemocnění, jiný pacient se léčí s chronickou formou onemocnění již mnoho let a absolvuje několikerou hospitalizaci. Výběr pacientů dle specifického kritéria jako je věk, pohlaví, diagnóza, den nástupu na hospitalizaci a počet předešlých hospitalizací by mohl podpořit individuální přístup k jednotlivým pacientům skupiny. Terapeuti by mohli program více zacílit aktuálními potřebami členů.

V případě, že by byly skupiny uzavřené, dalo by se lépe pracovat se skupinovou dynamikou. Ve skupině by se snadněji tvořila důvěřivá a přátelská atmosféra. Terapeut by měl více času na seznámení se s individuálními potřebami, na základě kterých by navazující terapii přizpůsobil. Vytvoření uzavřené skupiny je však v praxi obtížné. Pacienti jsou hospitalizováni po akutní atace nemoci, která může prakticky nastat kdykoliv. Pro zlepšení kvality poskytované péče je třeba si stanovit reálné cíle jako je např. zaměření terapie.

Při vedení terapií byl několikrát překročen časový limit. Pravidelná úvodní seznámení nových členů s programem byla komplikovaná. Skoro každou terapii přišel do skupiny nový člen, což pravidelně zdržovalo připravený program. Ostatní členové si úvod vyslechli opakovaně. Přitom někteří se na skupině objevili jen jednou, další odešli v průběhu terapie a některým se udělalo v průběhu terapie nevolno a většinu aktivit nesplnili.

Častý je také pozdní příchod skupiny na terapii. Pacienti mívají krátké přestávky mezi programy, mnohdy přichází unaveni a nedostatečně soustředěni. Následné prodloužení programu stupňuje nevhodné podmínky pro začátek terapie. Unavené pacienty je těžké připraveným tématem zaujmout. Převzít pozornost na sebe někdy vyžaduje větší úsilí.

Řešením je snaha pacienty příliš nevyčerpat. Pokud dorazí pacienti velmi unavení, je vhodné náplň programu přizpůsobit.

V ideálním případě by bylo v terapeutické jednotce využito všech devět předpřipravených terapií. Z časových a organizačních důvodů to však nebylo možné. Pro další vedení terapeutické jednotky je třeba zvážit, zda se bude usilovat o stihnutí všech aktivit. Další využití sešitu nemusí nutně následovat přiložené instrukce. Pro pacienty může být v daný moment užitečné nechat delší čas na zamyšlení, diskuzi nebo sdílení osobního příběhu.

Pro pacienty by bylo velmi přínosné, kdyby péče o duševní zdraví maximálně navazovala. V průběhu léčebného plánu si pacienti projdou edukací a nácvikem určitých témat. Více provázaná ergoterapeutická témata s léčebným plánem by usnadnila pacientům jejich osvojení. Například na psychoedukaci o problematice zdravého životního stylu by mohl navazovat praktický ergoterapeutický nácvik zdraví prospěšných činností, seznámení, doporučení a výběr zdravých a nezdravých návyků, edukace o zdravé výživě nebo vyzkoušení si určité fyzické aktivity.

Zaznamenání obsahu všech témat do pracovního sešitu by pomohlo orientaci mezi sezeními. Pacienti by získali lepší přehled a lépe by popsali zpětnou vazbu. Zpětnovazebný dotazník by měl obsahovat názvy všech terapií. Pacient by se vyjadřoval jednotlivě jen k těm terapiím, kterých se účastnil. Označil by, zda se mu líbila, co mu přišlo přínosné, s čím měl potíže a co by konkrétně zlepšil. Otázkou však zůstává, zda by tato varianta dotazníku pacienty příliš nezahltila a zda by jeho vyhodnocení nezabralo příliš mnoho času. Možné řešení by bylo provádět písemnou zpětnou vazbu ze všech terapií na konci každého týdne.

I když jsou pacienti s problematikou seznámení, není nikdy jisté, do jaké míry jsou schopni přenést zkušenost do reálného života. K ověření dodržování ideálního plánu dne by bylo vhodné provést po určité době další konzultaci o spokojenosti výkonu v dodržování časového plánu.

Skupinové terapie mají svá úskalí. Skupiny se nikdy nedokáží přizpůsobit pacientovým potřebám tak jako individuální terapie (Brown, Stoffel a Phillip, 2019). Různorodé složení skupiny přináší do terapie pozitivní i negativní podněty. Může se stát, že pro některého člena bude zvolené téma příliš citlivé a na jeho řešení ještě nebude připraven. Některým členům nevyhovuje forma skupinové terapie a nechtějí sdílet své osobní záležitosti před ostatními pacienty. Je v pořádku, pokud nebudou chtít na položené otázky odpovědět nebo se účastnit daných aktivit. Pacienti nesmí být k aktivitě nuceni. Bylo by vhodné počítat s alternativními aktivitami, které by nespolupracující členy udržely v tématu, avšak s jiným programem.

Pokud nějaký člen sdílí svou zkušenost, může to ostatní motivovat, demotivovat, rozesmutnit i urazit. U pacientů může dojít k rozvoji deprese na základě názoru jiného člena: „Tohle jsem už několikrát zkoušel, ale nepomohlo mi to.“, „Stejně to nikdy nevydržím, zase ty papíry dám doma do stolu a narazím na ně jen náhodou.“, „Já se k tomu doma nedokopu.“ Pro návaznou práci v domácím prostředí je vhodné pacienty motivovat k nastolení malých dosažitelných cílů, za které se při jejich splnění ocení. Terapeut může pacientovi doporučit, aby nároky na dodržování vyváženého plánu dne navyšoval až po zvládnutí dodržování pár základních bodů plánu.

Pro další aplikaci terapeutické jednotky Organizování času doporučuji vytisknout pacientům pracovní sešit dopředu. Většina pacientů všechnu terapeutických jednotek neabsolvuje. Poskytnutí kompletního pracovního sešitu jim umožní na tématu pokračovat individuálně.

Při dalším ověření terapeutické jednotky by bylo vhodné pracovat s uzavřenou skupinou s větším zaměřením na hodnocení dosažených změn. Bylo ověřeno, že pacienti mohou snadno ztratit pozornost. Doporučuji vyhnout se dlouhým větám, velkému množství aktivit s potřebou vysoké míry pozornosti a počítat s časovou rezervou. Dále se osvědčilo pestré využívání technik. Na závěrečné terapii by bylo vhodné shrnout základní poznatky a nechat prostor na grafické zobrazení ideálního plánu dne, který se budou pacienti snažit plnit po propuštění z hospitalizace.

Pro další obohacení programu lze například nacvičovat určité aktivity. Nácvičování všedních denních činností může být součástí terapeutické jednotky. Dále by bylo možné zařadit například **Dotazník zájmů**, jehož vyplňování by mohlo pacienty inspirovat ve výběru volnočasových aktivit. Preferovanou aktivitu u většiny pacientů ve skupině lze použít. Pacienti se závažným duševním onemocněním jsou více náchylní k fyzické pasivitě, a proto by měli být ke cvičení prioritně podporováni (Farholm a Sorensen, 2016). Farholm, Sørensen a Halvari, (2017) uvádí, že je nezbytné, aby se pracovníci ve zdravotnictví zaměřovali na utváření podporujícího prostředí, které zvyšuje motivaci pacienta k fyzické aktivitě a zlepšení kvality jeho života.

5. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na využití ergoterapie ve prospěch zlepšení péče o duševně nemocné pacienty v době hospitalizace. První část byla zaměřena na sběr informací o duševním zdraví, možnostech ergoterapeutické péče během hospitalizace a práci s ergoterapeutickou skupinou. Studium potvrdilo předpoklad, že existuje prostor pro její zlepšení. Nástrojem pro zlepšení péče je nabídnutí cílené ergoterapie. Ergoterapeut napomáhá člověku žít naplněný život a podporuje ho v zotavení se z duševní nemoci.

V další části byly využity získané informace pro vytvoření cílené terapeutické jednotky. Práce poskytuje instrukce a pracovní listy pro vedení devíti terapií na téma práce s časem. Nabízí formu pracovního sešitu, kterou mohou pacienti vyplňovat na skupinové i individuální terapii. Terapeutická jednotka byla navržena na základě potřeb hospitalizovaných pacientů s psychotickým onemocněním. Vypracována byla podle syntézy odborných zdrojů, zkušeností ergoterapeutů v NUDZ a vlastních zkušeností autora této práce.

Většina terapeutických jednotek byla vyzkoušena v praxi. Autorka sestavila pilotní plán pro vedení terapie, který následně uplatnila při vedení 10 terapií. Při praktickém vedení skupiny autorka zjistila, že teoretickou přípravu je potřeba vždy přizpůsobit aktuálnímu složení skupiny pacientů. V praxi se setkávala s mnoha faktory narušujícími průběh vedení, zejména s častým obměňováním členů skupiny, únavou a sníženou koncentrací pacientů již při příchodu na terapii, nedostatečným porozuměním instrukcím a nedostatečným časem pro vyplnění všech připravených úloh. S těmito a dalšími problémy musí ergoterapeut při vedení skupiny počítat.

Na základě všech zpětnovazebných hodnocení pacienti vyhodnotili terapii jako zajímavé a přínosné. Pomohly jim uvědomit si, jak velký vliv má správný životní styl na jejich zdraví. Pouze jedna pacientka se účastnila všech terapií. Pro validnější přínos terapeutické jednotky by bylo potřeba provést všechny terapie na uzavřené skupině členů. Vliv akutního onemocnění a možná kognitivní deficit pacientů mohl výsledky zkreslit.

Výstupy z vedení skupiny jsou cenné a v praxi použitelné. Práce ukázala důležitost citlivosti ke skupině, schopnosti terapeuta upravit připravený program, schopnosti vést skupinu a přizpůsobovat se jí. Cíle bakalářské práce byly splněny.

6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 11. DOI 10.1037/h0095655. Dostupné z: <https://search-ebshost-com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=1443865&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>

AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). In: *American Occupational Therapy Association*. 2014; Vol. 68(Supplement_1), S1–S48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>

AOTA. Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). In: *American Journal of Occupational Therapy*. 2020; 74(Suppl. 2), 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001> ISBN: 978-1-56900-488-3

AOTA. Occupational Therapy Services in the Promotion of Mental Health and Well-Being. *The American journal of occupational therapy* [online]. American Occupational Therapy Association, 2016, 70(S2), 7012410070-7012410070p15 [cit. 21. 3. 2022]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2016.706S05.

AOTA. Mental Health. © *American Occupational Therapy Association*. [online]. 2021b [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.aota.org/Practice/Mental-Health.aspx>

BATEMAN, Jodi et al. *Framework for recovery-oriented practice* [online]. 2011 [cit. 3. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.health.vic.gov.au/practice-and-service-quality/recovery-oriented-practice-in-mental-health>

BEDICS, Jamie D. Introduction: Initiating the therapeutic encounter. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* [online]. 2019, 56(1), 5-6 [cit. 14. 4. 2022]. ISSN 0033-3204. Dostupné z: doi:10.1037/pst0000223.

BEJERHOLM, Ulrika a Mona EKLUND. Time Use and Occupational Performance Among Persons with Schizophrenia. *Occupational therapy in mental health* [online]. Taylor & Francis Group, 2004, 20(1), 27-47 [cit. 2. 3. 2022]. ISSN 0164-212X. Dostupné z: doi:10.1300/J004v20n01_02.

BIELLENBERG, Claudia et al. Occupational Therapy Learner Guide: Conduct group sessions for individual client outcomes. *Allied Health Professions' Office of Queensland* [online]. 2017 [cit. 23. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.health.qld.gov.au/ahwac/html/ahassist-modules/>

BROWN, Catana, Virginia STOFFEL a Jaime Phillip MUÑOZ. *Occupational therapy in mental health: a vision for participation*. Second edition. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company, 2019. ISBN 9780803659162.

TUCKMAN, W. Bruce. Developmental sequence in small groups. *Group facilitation* [online]. St. Paul: International Association of Facilitators, 2001, (3), 66 [cit. 28. 2. 2022]. ISSN 1534-5653.

CAOT. *Action Over Inertia*. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2010. ISBN: 978-1-895437-84-3.

CAOT. *CAOT position statement: Occupational therapy in primary care* [online]. 2013, [cit. 15. 2. 2022]. Dostupné z: <https://caot.in1touch.org/document/3710/O%20-%20OT%20in%20Primary%20Care.pdf>

CLEWES, Jane a Robert KIRKWOOD. *Diverse Roles for Occupational Therapists*. Cumbria: M&K Publishing, 2016. ISBN 9781910451069.

COLE, Marilyn B. *Group dynamics in occupational therapy: the theoretical basis and practice application of group intervention*. Fourth edition. Thorofare, NJ: Slack Incorporated, 2012. ISBN 978-1-61711-011-5.

CREEK, Jennifer a Lesley LOUGHER. *Occupational Therapy and Mental Health*: London: Churchill Livingstone, 2008. Fourth edition. ISBN: 978-0443100277.

Česká asociace ergoterapeutů. Co je to ergoterapie. In: *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 2008 [cit. 2. 6. 2020]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků - znění od 19. 10. 2019. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 31. 3. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#f4175987>

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) - znění od 1. 1. 2022. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 31. 3. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#f2512943>

DESALEGN, Defaru, Shimelis GIRMA a Tilahun ABDETA. Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: A hospital-based cross-sectional study. *PLOS ONE* [online]. 2020, **15**(2), 1 [cit. 6. 3. 2021]. ISSN edsrep. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0229514.

Di LORENZO, R., MONTARDI, G., L. PANZA, S. SARACENI, S. ROVESTI a P. FERRI. Retrospective Analysis of Factors Associated with Long-Stay Hospitalizations in an Acute Psychiatric Ward. *Risk Management and Healthcare Policy* [online]. 2020, ume 13, 433-442 [cit. 1. 6. 2020]. ISSN 11791594. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/retrospective-analysis-of-factors-associated-with-long-stay-hospitaliz-peer-reviewed-article-RMHP>

DOROUD, Nastaran, Ellie FOSSEY a Tracy FORTUNE. Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Australian occupational therapy journal* [online]. Australia: Blackwell Publishing, 2015, 62(6), 378-392 [cit. 16. 1. 2022]. ISSN 0045-0766. Dostupné z: doi:10.1111/1440-1630.12238.

EZHUMALAI, Sinu, D MURALIDHAR, R DHANASEKARAPANDIAN a Bala NIKKETHA. Group interventions. *Indian journal of psychiatry* [online]. MUMBAI: Wolters Kluwer India Pvt., 2018, **60**(8), 514-521 [cit. 2. 3. 2022]. ISSN 0019-5545. Dostupné z: doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_42_18.

FARHOLM, Anders a Marit SØRENSEN. Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of cross-sectional studies. *International journal of mental health nursing* [online]. Farholm, A., and Sørensen, M. (2016) Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of cross-sectional studies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25: 116-126. doi: 10.1111/inm.12217. HOBOKEN: Blackwell Publishing, 2016, **25**(2), 116-126 [cit. 25. 2. 2022]. ISSN 1445-8330. Dostupné z: doi:10.1111/inm.12217.

FARHOLM, A., M. SØRENSEN a H. HALVARI. Motivational factors associated with physical activity and quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian journal of caring sciences* [online]. 2017, **31**(4), 914-921 [cit. 5. 3. 2021]. ISSN 14716712. Dostupné z: doi:10.1111/scs.12413.

FINLAY, Linda. *Groupwork in Occupational Therapy*. Cheltenham: Stanley Thornes Ltd., 1997. 232 p. ISBN 0 7487 3636 0.

FINLAY, L. *The Practice of Psychosocial Occupational Therapy*. 2nd ed. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd., 2001. 224 p. ISBN 0 7487 3342 6.

FINLAY, L. *The Practice of Psychosocial Occupational Therapy*. 3rd ed. Cheltenham UK: Nelson Thornes Ltd., 2004. 290 p. ISBN 074877257X/978-0-7487-7257-5/0-7487-7257-X.

FUJIMAKI, Koichiro, Shigeru MORINOBU, Hidehisa YAMASHITA, Terumichi TAKAHASHI a Shigeto YAMAWAKI. Predictors of quality of life in inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research* [online]. 2012, **197**(3), 199-205 [cit. 6. 3. 2021]. ISSN 01651781. Dostupné z: doi:10.1016/j.psychres.2011.10.023.

FURMANÍKOVÁ, Lada. Rehabilitační metody zaměřené na rozvoj dovedností lidí s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, **12**(1), 33-37. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/01/08.pdf>

GUNNMO, Petra a Helena FATOUROS BERGMAN. What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International journal of qualitative studies on health and well-being* [online]. ABINGDON: Taylor & Francis, 2011, 6(1), 5412-11 [cit. 6. 2. 2022]. ISSN 1748-2623. Dostupné z: doi:10.3402/qhw.v6i1.5412.

HAJDÚK, Michal a Ján PEČEŇÁK. Kognitívny deficit u pacientov so schizofréniou. *Československá psychologie*. 2018, **62**(3), 231-243. ISSN 0009-062X.

CHAMPAGNE, Tina a Karla Gray. Occupational Therapy's Role with Mental Health Recovery. *AOTA* [online]. 2016. [cit. 30. 3. 2022]. Dostupné z: <https://www.aota.org/-/media/corporate/files/aboutot/professionals/whatisot/mh/facts/mental-health-recovery.pdf>

CHEKROUD, SR, GUEORGUIEVA, R, ZHEUTLIN, AB, PAULUS, M, KRUMHOLZ, HM, KRYSTAL, JH a CHEKROUD, AM. Association between physical exercise and mental health in 1·2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *Lancet Psychiatry*. 2018 Sep, 5(9):739-746. Dostupné z: doi: 10.1016/S2215-0366(18)30227-X.

INGYU, M., A.K. FROST a M. KIM. The role of physical activity on psychological distress and health-related quality of life for people with comorbid mental illness and health conditions. *Social Work in Mental Health* [online]. 2020, 1 - 19 [cit. 5. 3. 2021]. ISSN 15332993. Dostupné z: doi:10.1080/15332985.2020.1776808.

JANSSON, Inger, Kent-inge PERSEIUS, Anna Birgitta GUNNARSSON a Anita BJÖRKLUND. Work and everyday activities: Experiences from two interventions addressing people with common mental disorders. *Scandinavian journal of occupational therapy* [online]. LONDON: Informa Healthcare, 2014, **21**(4), 295-304 [cit. 5. 2. 2022]. ISSN 1103-8128. Dostupné z: doi:10.3109/11038128.2014.894572.

JELÍNKOVÁ, Jana. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KELLY, M., S. LAMONT, S. BRUNERO. An occupational perspective of the recovery journey in mental health. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010, 73(3), 129-135. DOI: 10.4276/030802210X12682330090532.

KIRSH, B. et al. Occupational Therapy Interventions in Mental Health: A Literature Review in Search of Evidence. *Occupational Therapy in Mental Health* [online]. 2019, p. 109–156, [s. l.], v. 35, n. 2 [cit. 5. 2. 2022]. DOI 10.1080/0164212X.2019.1588832.

KLIVAR, Miroslav. *Ergoterapie mladistvých*. Praha: Balt-East, 2003. ISBN 80-86383-17-2.

KOPEČEK, Miloslav. Léčba schizofrenie. *Remedia*. 2003; 13:416-425. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Lecba-schizofrenie/6-L-e1.magarticle.aspx>

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KRUPA, Terry et al. *Action over inertia*. Addressing the activity-health needs of individuals with serious mental illness. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists Publications ACE, 2010. ISBN 978-1-895437-84-3.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 112 stran. ISBN 978-80-247-2045-6.

LANNIGAN, Elizabeth Griffin a Susan NOYES. Occupational therapy interventions for adults living with serious mental illness. *The American journal of occupational therapy* [online]. BETHESDA: AMER OCCUPATIONAL THERAPY ASSOC, 2019, 73(5), 7305395010-p5 [cit. 12. 2. 2022]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: doi:10.5014/ajot.2019.735001.

LE BOUTILLIER, C. a A. CROUCHER. Social Inclusion and Mental Health. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010;73(3):136-139. doi:[10.4276/030802210X12682330090578](https://doi.org/10.4276/030802210X12682330090578).

LIPSKAYA-VELIKOVSKY, Lena, Moshe KOTLER, Adam EASTERBROOK a Tal JARUS. From hospital admission to independent living: Is prediction possible? *Psychiatry Research* [online]. 2015, 226(2-3), 499-506 [cit. 6. 3. 2021]. ISSN 01651781. Dostupné z: doi:10.1016/j.psychres.2015.01.027.

LIPSKAYA-VELIKOVSKY, Lena, Tal JARUS, Adam EASTERBROOK a Moshe KOTLER. Participation in daily life of people with schizophrenia in comparison to the general population. *Canadian journal of occupational therapy (1939)* [online]. Los Angeles,

CA: SAGE Publications, 2016, **83**(5), 297-305 [cit. 3. 3. 2022]. ISSN 0008-4174. Dostupné z: doi:10.1177/0008417416647158.

LLOYD, Chris a Philip Lee WILLIAMS. Occupational therapy in the modern adult acute mental health setting: a review of current practice. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*[online]. MA Healthcare, 2010, Vol 17, No 9 [cit. 7. 2. 2022]. DOI:[10.12968/ijtr.2010.17.9.78038](https://doi.org/10.12968/ijtr.2010.17.9.78038).

LLOYD, Chris, Philip Lee WILLIAMS, Gabrielle VILIC a Samson TSE. Progressing recovery-oriented care in psychiatric inpatient units. *Irish Journal of Occupational Therapy* [online]. Emerald Publishing, 2017, **45**(2), 92-99 [cit. 3. 2. 2022]. ISSN 2398-8819. Dostupné z: doi:10.1108/IJOT-06-2017-0017.

LLOYD, C., G. WAGHORN, a P. WILLIAMS. Conceptualising Recovery in Mental Health Rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*. 2008;71(8):321-328. doi:[10.1177/030802260807100804](https://doi.org/10.1177/030802260807100804).

MARSHALL, C., E. MCLINTOSH, A. SOHRABI a A. AMIR. Boredom in inpatient mental healthcare settings: a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*[online]. 2020;83(1):41-51 [cit. 5. 2. 2022]. doi:[10.1177/0308022619876558](https://doi.org/10.1177/0308022619876558) Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0308022619876558>

MCNAMARA, Mary and STRAATHOF, Theresa. *Coping Strategies to Promote Occupational Engagement and Recovery*. Ottawa: CAOT, 2017. ISBN 978-1-895437-96-6.

MOUA, Koob. Patient Activation and Engagement (PAE): Guidelines for Acute Care Occupational Therapy Practice. *The open journal of occupational therapy* [online]. Kalamazoo: Western Michigan University, Department of Occupational Therapy, 2020, **8**(4), 1-11 [cit. 5. 2. 2022]. ISSN 2168-6408. Dostupné z: doi:10.15453/2168-6408.1716.

MURRAY, Alice, Amelia DI TOMMASO, Matthew MOLINEUX, Anna YOUNG a Penny POWER. Contemporary occupational therapy philosophy and practice in hospital settings. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY* [online]. 2020 [cit. 9. 3. 2021]. DOI: 10.1080/11038128.2020.1750691. ISSN 11038128. Dostupné z: [https://www-tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/11038128.2020.1750691](https://www.tandfonline-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1080/11038128.2020.1750691)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. In: Databáze strategií [online]. Praha: MZCR, 2020, leden [cit. 13. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

MZČR. *Akreditovaný kvalifikační kurz – základní informace* [online]. 24. 3. 2016 [cit. 2. 1. 2022]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8860/35348/P%C5%99%C3%ADloha_17_-_AKK_17_Pracovn%C3%AD_terapeut.pdf

MZČR. *Kvalifikační standard Ergoterapeut* [online]. 11. 6. 2020 [cit. 2. 1. 2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/06/KS-Ergoterapeut.pdf>

MZČR. *MZ představuje strategii reformy psychiatrické péče v ČR* [online]. 8. 10. 2013 [cit. 2. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr/>

NOGUCHI, Takuya, Makoto KYOUGOKU, Takayuki KAWAKAMI, Yukari NISHIMOTO a Kenzo KASHIHARA. Effect of Occupational Therapy Program to Promote Well-Being in People with Experiences of Mental Illness - Quasi-Experimental Study. *Occupational therapy in mental health* [online]. Taylor & Francis, 2021, **37**(4), 386-402 [cit. 13. 2. 2022]. ISSN 0164-212X. Dostupné z: doi:10.1080/0164212X.2021.1957065.

NUDZ: Národní ústav duševního zdraví [online]. NUDZ: ©2015 [cit. 18. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/o-nudz/o-nudz>

OVEN, Alenka a Bojana LOBE. Creative Occupational Therapist: It's about the Client Using Focus Groups to Explore Creativity in Occupational Therapy. *Journal of Creative Behavior* [online]. 2020, **54**(1), 51-61 [cit. 3. 3. 2021]. ISSN 00220175. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.is.cuni.cz/doi/full/10.1002/jocb.344>

PARKINSON, Sue. *Recovery through activity: increasing participation in everyday life*. New York: Speechmark Publishing Ltd., 2017. 224 p. ISBN 9781909301207.

PÁV M, KALIŠOVÁ L, HOLLÝ M. *Současný stav poskytování následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních v České Republice a možnosti zlepšení realizované v rámci projektu SUPR*. Čes a slov Psychiat 2017; 113(2): 51–58. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_2_51_58.pdf

PÁV, Marek, Lucie KALIŠOVÁ, Petr PŘÍHODA, Jan TATARKO, Martin ŠŤASTNÝ, Miroslav PASTUCHA, Josef GABRIEL a Jan BĚHOUNEK. *Metodika následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních: výstupní zpráva a metodika, projekt S.U.P.R. - Systém ucelené psychiatrické rehabilitace, program CZ 11 Iniciativy v oblasti veřejného zdraví*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-1-0. Dostupné z: http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/obj/files/1/sys_media_245.pdf

PERRY, Amanda, Vanessa LAWRENCE a Claire HENDERSON. Stigmatisation of those with mental health conditions in the acute general hospital setting. A qualitative

framework synthesis. *Social Science* [online]. 2020, **255** [cit. 6. 3. 2021]. ISSN 02779536. Dostupné z: doi:10.1016/j.socscimed.2020.112974.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PIZZI, Michael A. a RICHARDS, Lorie Gage. Promoting Health, Well-Being, and Quality of Life in Occupational Therapy: A Commitment to a Paradigm Shift for the Next 100 Years. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2017, Vol. 71, 7104170010 [cit. 4. 3. 2021]. Dostupné z: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=2630081&resultClick=3>

Psychiatrická péče 2019. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021a. Zdravotnická statistika. ISBN 978-80-7472-188-5.

Psychiatrická péče 2020. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021b. Zdravotnická statistika. ISBN 978-80-7472-191-5.

Psychiatrická společnost ČLS JEP ve spolupráci s Regionální úřadovnou WHO pro Evropu (BCA 2016–2017) v rámci bilaterální spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví České republiky. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Galén, 2017. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Přeložil Jan RŮŽIČKA, přeložil Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus, 2018. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.

RIDGWAY, Priscilla et al. *Cesty k zotavení (z ang. originálu Pathways to recovery)*. University of Kansas School of Social Welfare, 2014. 407 s. ISBN 978-1-5031-7191-6.

SCANLAN, Justin Newton, Stacey ARGENT, Brooke AYLING, Arianne MOUAWAD a Mary WOODWARD. The development and pilot testing of an occupational therapy group participation rating scale for inpatient mental health settings. *Australian occupational therapy journal* [online]. HOBOKEN: Blackwell Publishing, 2015, **62**(5), 333-340 [cit. 24. 2. 2022]. ISSN 0045-0766. Dostupné z: doi:10.1111/1440-1630.12234.

SYED, Z. Occupational therapy: the process in acute psychiatry. *African Journal of Health Professions Education* [online]. South African Medical Association NPC, 2020, **12**(1), 9-11 [cit. 13. 4. 2022]. ISSN 2078-5127. Dostupné z: doi:10.7196/AJHPE.2020.v12i1.1185.

SCHWARTZBERG, Sharan L, Scott A TRUDEAU a Vanessa VEGA. Principles of Occupational Therapy Group Outcome Assessment in Mental Health. *Occupational therapy in mental health* [online]. Taylor & Francis Group, 2013, **29**(2), 134-148 [cit. 18. 2. 2022]. ISSN 0164-212X. Dostupné z: doi:10.1080/0164212X.2013.788976.

SPANIOL, Leroy, Nancy J WEWIORSKI, Cheryl GAGNE a William A ANTHONY. The process of recovery from schizophrenia. *International review of psychiatry (Abingdon,*

England) [online]. BASINGSTOKE: Informa UK, 2002, **14**(4), 327-336 [cit. 5. 4. 2022]. ISSN 0954-0261. Dostupné z: doi:10.1080/0954026021000016978.

STIBŮRKOVÁ, Monika. *Využití ergoterapie u seniorů* [online]. Praha, 2017 [cit. 9. 3. 2021]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Mgr. Barbara Valešová Malecová, Ph.D. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/175972>

STRAATHOF, Theresa, Mary MCNAMARA a Emilie SIMONEAU. Occupational therapy in acute mental health: Proposal for practice. *Occupational therapy now* [online]. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists, 2019, **21**(6), 14-16 [cit. 12. 2. 2022]. ISSN 1481-5532.

SYED, Z. Occupational therapy: The process in acute psychiatry. *African Journal of Health Professions Education* [online]. 2020, **12**(1), 9-11 [cit. 13. 3. 2021]. ISSN 20785127. Dostupné z: doi:10.7196/AJHPE.2020.v12i1.1185.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Metody práce se skupinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-445-8.

ÚZIS. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Tabelární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2022. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2019. ISBN: 978-80-7472-168-7.

VANNICELLI, Marsha. Supervising the Beginning Group Leader in Inpatient and Partial Hospital Settings. *International journal of group psychotherapy* [online]. England: Routledge, 2014, **64**(2), 144-163 [cit. 1. 3. 2022]. ISSN 0020-7284. Dostupné z: doi:10.1521/ijgp.2014.64.2.144.

Věstník: Ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR – Redakce, 30. 6. 2021. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-8-2021/>

VOBORNÍKOVÁ, Simona. *Možnosti pracovního uplatnění ergoterapeutů v sociálních službách*. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 2021.

WANIGARATNE, Shamil. *Prevence relapsu pro závislá chování: manuál terapeuta*. Praha: Centrum adiktologie - Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2008. Učební texty. ISBN 978-80-254-3357-7.

WFOT. Occupational Therapy Human Resources: Project 2020 – Alphabetical. In: *WFOT* [online]. May 2020 [cit. 1.6.2020]. Dostupné z: <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-human-resources-project-2020-alphabetical>

WHO. *Constitution of the World Health Organization* [online]. 2022 [cit. 20. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

WHO. *Mental health in primary care: illusion or inclusion?* [online]. 2018 [cit. 2. 3. 2022]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298>

WHO. *Mental health: strengthening our response* [online]. 30. 3. 2018. [cit. 14. 12. 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

WHO. *Monitoring mental health systems and services in the WHO European Region: Mental Health Atlas* [online]. 2019 [cit. 15. 1. 2022]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2019/monitoring-mental-health-systems-and-services-in-the-who-european-region-mental-health-atlas,-2017-2019>

WILKEN, Jean Pierre. Recovery. In: *The CARE Network*. [online]. březem 2013 [cit. 7. 2. 2022]. Dostupné z: <https://www.thecare-network.com/recovery>

7. SEZNAM ZKRATEK A VYSVĚTLIVEK

7.1. Seznam zkratk

ADL	activities of daily living (všední denní činnosti)
AOTA	American Occupational Therapy Association (Americká asociace ergoterapeutů)
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists (Kanadská asociace ergoterapeutů)
CDZ	Centrum duševního zdraví
COPM	Canadian Occupational Performance Measure (Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání)
IADL	instrumental activities of daily living (instrumentální ADL)
MOHO	Model of Human Occupations (Model lidského zaměstnávání)
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
SMI	Serious Mental Illness
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

7.2. Seznam vysvětlivek

Pacient V praktické části bakalářské práce je používán pojem „pacient“, protože práce vychází z praxe v psychiatrické nemocnici. Pro zjednodušení představuje pojem „pacient“ obě pohlaví.

8. SEZNAM TABULEK

Seznam tabulek

Tab. č. 2.5.2.: *Pět fází skupinového vývoje*

Tab. č. 3.2.1.: *Přehled terapeutických jednotek*

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: *Proces v práci se skupinou*

Příloha č. 2: *Závěrečné hodnocení - dotazník*

Příloha č. 3: *Hodnotící stupnice skupinové participace*

Příloha č. 4: *Role*

Příloha č. 5: *Informovaný souhlas pacienta*

Příloha č. 6: *Úvodní strana*

Příloha č. 7: *Závěrečná strana*

Příloha č. 8: *Priority a organizování času – instrukce*

Příloha č. 9: *Priority a organizování času – pracovní listy*

Příloha č. 10: *Potřeby volného času a doplňkových aktivit – instrukce*

Příloha č. 11: *Potřeby volného času a doplňkových aktivit – pracovní listy*

Příloha č. 12: *Závěrečné hodnocení 1*

Příloha č. 13: *Hodnocení aktuálního plánu aktivit – instrukce*

Příloha č. 14: *Hodnocení aktuálního plánu aktivit – pracovní listy*

Příloha č. 15: *Čas života – koláž – instrukce*

Příloha č. 16: *Budování zdravých návyků – instrukce*

Příloha č. 17: *Budování zdravých návyků – pracovní listy*

Příloha č. 18: *Cesty k zotavení – stres – instrukce*

Příloha č. 19: *Cesty k zotavení – stres – pracovní listy*

Příloha č. 20: *Závěrečné hodnocení 2*

Příloha č. 21: *Edukace o aktivitě, zdraví a duševní nemoci – instrukce*

Příloha č. 22: *Edukace o aktivitě, zdraví a duševní nemoci – pracovní listy*

Příloha č. 23: *Životní styl – stres – instrukce*

Příloha č. 24: *Životní styl – stres – pracovní listy*

Příloha č. 25: *Relaxační aktivita v představě – instrukce*

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: *Proces v práci se skupinou*

Hodnocení	Screening potřeb skupiny a prostředí: <ul style="list-style-type: none">- identifikace potřeb skupiny- u každého člena skupiny: ověření anamnestických informací, hodnocení pomocí standardizovaných nástrojů, konzultace s multidisciplinárním týmem
	Profil výkonu zaměstnávání: <ul style="list-style-type: none">- rozhovory se členy skupiny- hledání zájmů, potřeb a priorit členů skupiny
	Analýza výkonu zaměstnávání: <ul style="list-style-type: none">- provedení analýzy činnosti- posouzení výkonu v kontextu skupiny- posouzení individuálních potřeb: oblast výkonu zaměstnávání, výkon činnosti, faktory klienta- analýza dopadu individuálního výkonu na skupinu
	Sloučení informací a evaluace procesu: <ul style="list-style-type: none">- přezkoumání a sjednocení informací za účelem výběru společných výsledků- přezkoumání a sjednocení informací týkajících se každého člena skupiny a možného dopadu jeho výkonu zaměstnávání na výkon skupiny
Intervence	Vývoj plánu intervence: <ul style="list-style-type: none">- určení cílů skupiny- určení požadovaných výstupů jednotlivých intervencí pro práci se skupinou- stanovení formy evaluace a nástrojů hodnocení skupiny
	Intervence nebo realizace skupinového programu: <ul style="list-style-type: none">- provedení intervence nebo skupinového programu zaměřeného na specifický kontext skupiny a výkon zaměstnávání
	Přezkoumání intervence a průběžná evaluace: <ul style="list-style-type: none">- přehodnocení a hodnocení reakcí jednotlivých členů- zhodnocení pokroku směrem k cílům a výsledkům skupiny

	<ul style="list-style-type: none"> - upravení plánu podle potřeb - zhodnocení efektivity programu - zhodnocení dosažení stanovených cílů
Výstupy	<p>Výstupy skupiny:</p> <ul style="list-style-type: none"> - využití informací k posouzení pokroku vzhledem k cílům skupiny - identifikace změn ve výkonu zaměstnávání jednotlivých členů skupiny a skupiny jako celku
	<p>Změna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - facilitace členů skupiny k posunu od jedné životní role nebo zkušenosti k jiné <ul style="list-style-type: none"> - přechod do jiné péče - přechod mezi poskytovateli péče - přechod do nového programu
	<p>Ukončení:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ukončení péče po dosažení krátkodobých a dlouhodobých cílů skupiny - realizace plánu na podporu výkonu zaměstnávání po propuštění

Příloha č. 2: Závěrečné hodnocení - dotazník

Závěrečné hodnocení

Hlavní téma: Organizování času

	Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne
Téma mi přišlo zajímavé.				
Téma mi pomohlo uvědomit si, jak velký vliv má životní styl na mé zdraví.				
Terapie měly dobrou strukturu.				
Měli jsme dostatek času k diskusi.				
Terapie trvaly dostatečně dlouho.				
Chystám se udělat změny v mém životním stylu.				
K plánování změn bych ještě potřeboval pomoci.				
Za nejpřínosnější část považuji:				
Za nejméně přínosnou část považuji:				
Můj návrh pro vylepšení terapie:				
Kolik terapií jste se mnou absolvoval/a? Zkuste vyjmenovat.				

Příloha č. 3: *Hodnotící stupnice skupinové participace*

	Nikdy	Občas	Většinou	Vždy
Zapojuje se do aktivit s minimálním pobízením.				
S minimálním pobízením se věnuje aktivitě po celou dobu.				
Využívá vhodnou neverbální komunikaci (oční kontakt, výraz obličeje, řeč těla).				
S minimálním pobízením zahajuje komunikaci (ptá se, vznáší připomínky, odpovídá na otázky atd.).				
S minimálním pobízením převezme iniciativu v úkolu nebo aktivitě (když přijde na řadu; poslouchá a mluví, půjčuje pomůcky atd.).				
Zapojuje se manuálně (ruku v ruce na dané komponentě), pokud je to relevantní, s minimálním pobízením.				
S minimálním pobízením udržuje soustředění na činnost.				
S minimálním pobízením spolupracuje s ostatními (vyhýbá se hádkám, pomáhá ostatním, toleruje jiné názory atd.).				
V případě potřeby řeší problémy s minimálním pobízením.				
Zapojuje se přiměřenou mírou energie s ohledem na kontext skupiny.				
Ve skupině vystupuje (vhodným oblečením, upraveností, čistotou atd.).				
Chová se ohleduplně a v souladu se zajištěním bezpečí (zůstává klidný, s nebezpečnými pomůckami manipuluje opatrně atd.) s minimálními podněty od terapeuta.				

Příloha č. 4: *Role*

Role zaměřené na úkol:

1. Iniciátor	přichází s novými nápady, které se vztahují k problému nebo jeho řešení
2. Hledač informací	klade důraz na fakta a informace od ostatních
3. Hledač názorů	vyzývá k vyjádření postojů, pocitů a soudů k diskutovaným myšlenkám
4. Poskytovatel informací	poskytuje potřebné informace na základě svých znalostí a zkušeností
5. Poskytovatel názorů	vyjadřuje postoje, pocity a hodnotové soudy k diskutovaným myšlenkám
6. Zpracovatel	vyjasňuje a rozpracovává názory předložené ostatními
7. Koordinátor	integruje informace přicházející ze skupiny
8. Kormidelník	usměrňuje diskusi a vrací jí k tématu, když se skupina odchýlí
9. Hodnotící kritik	používá standardy k hodnocení výsledků skupiny
10. Hybatel	povzbuzuje skupinu, aby jednala
11. Procedurální technik	stará se o rutinní úkoly, jako například zajištění materiálu a zásob
12. Zapisovatel	zaznamenává aktivity skupiny a poznámky ze schůzek

Role zaměřené na budování a udržování skupiny:

1. Povzbuzovatel	povzbuzuje ostatní, aby se zapojili
2. Mediátor	pokouší se řešit konflikty mezi členy skupiny
3. Hledač kompromisů	nabízí členům, kteří jsou v konfliktu, oboustranně přijatelná řešení
4. Strážný	reguluje komunikaci tak, aby se všichni mohli vyjádřit
5. Normovač	určuje standardy a termíny skupinových aktivit
6. Pozorovatel	objektivně komentuje atmosféru a interakce ve skupině
7. Stoupenec	přijímá myšlenky ostatních a přidává se k většině

Role zaměřené na sebe:

1. Agresor	snaží se prosadit tím, že napadá ostatní
2. Brzdíč	pokouší se brzdit aktivity skupiny a odmítá jít se skupinou
3. Hledač uznání	pokouší se vyzdvihovat vlastní úspěchy, aby získal pozornost
4. Zpovědník	využívá skupinu k vypořádání s osobními problémy
5. Playboy	vtipkuje a odvádí pozornost od úkolu
6. Vládce	snaží se skupinu ovládnout
7. Hledač pomoci	snaží se vyvolat soucit vyjadřováním vlastní nejistoty nebo neschopnosti
8. Obhájce vlastních zájmů	donekonečna prosazuje vlastní přání

Informovaný souhlas pacienta

Název bakalářské práce (dále jen BP): Práce se skupinou v rámci ergoterapie v psychiatrické nemocnici

Stručná anotace BP (shrnutí tématu a průběhu zpracování BP sdělované pacientovi):

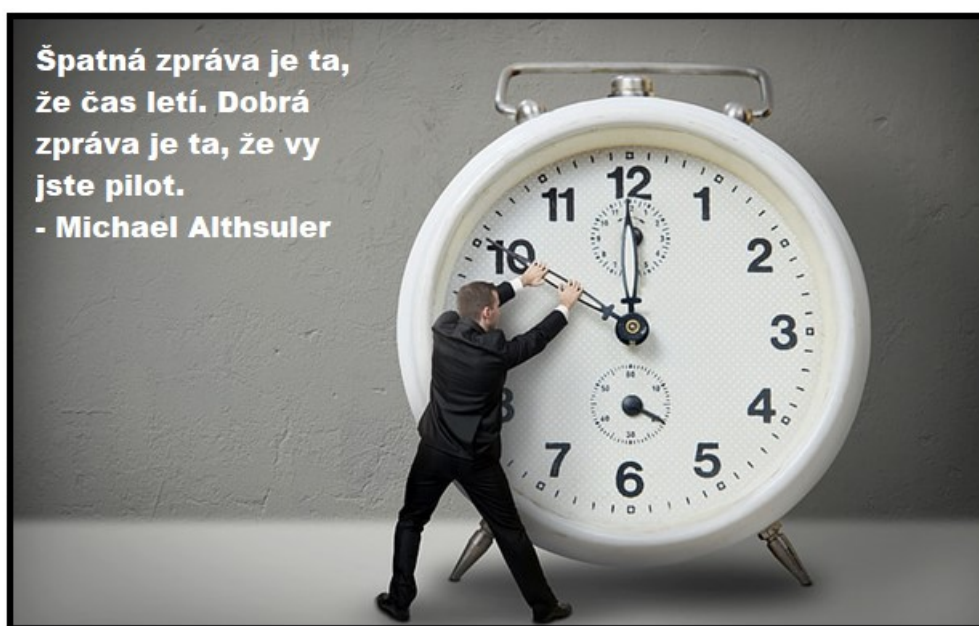
Přínosem této bakalářské práce je praktické zaměření na práci se skupinami v průběhu hospitalizace. Práce obsahuje doporučení, jak sestavovat a vést ergoterapeutickou skupinu. Záměrem práce je více ozřejmit jedinečnou práci ergoterapeuta v péči o psychiatrické pacienty ve fázi hospitalizace. Cílem práce je vytvoření praktických ukázek, jak připravit a vést cílenou skupinovou aktivitu v rámci hospitalizace u lidí s duševním onemocněním.

Jméno a příjmení pacienta	Datum narození

Kazuistika pacienta pod číslem: _____

MŮJ PRACOVNÍ SEŠIT

Organizování času



Jméno: _____

Tento pracovní sešit slouží jenom Vám. Buďte k sobě upřímní, protože nikdo jiný se informace z tohoto sešitu nemusí dozvědět.

Právě teď získáváte příležitost k tomu, abyste zlepšili kvalitu svého života. Cílem tohoto programu je naučit se efektivně využívat svůj čas. Budete se učit, jak aktivity plánovat, jak určovat priority a proč je důležité si dělat čas pro sebe. Dozvíte se, jak tyto vzorce ovlivňují váš blahobyt a zdraví.

Plánování času je velmi přínosné, protože naše denní rytmy si snadněji navyknou na plán, který se děje pravidelně každý den. Když plánujeme, věci se spíše uskuteční tak jak chceme. Čas si rozdělujeme podle našich potřeb sebezpečí, produktivity a volného času. Každý si musí přizpůsobovat svůj denní plán podle vlastních potřeb.

„Všechno, co se nám má dělat s lehkostí, se nejprve musíme naučit dělat s důkladností.“
Samuel Johnson, anglický slovníkář a literát

Denní aktivity tvoří komplex, ve kterém rozlišujeme čtyři hlavní kategorie:

Sebezpečí: Sebezpečí zahrnuje takové aktivity, které udržují fyzickou a duševní kondici. Patří sem: jezení, holení, použití toalety, sexuální život, užívání léků nebo hygiena.

Produktivita: Produktivní činnosti jsou ty, které poskytují příležitost přispět k sociální a ekonomické struktuře sebe samého, rodiny, komunity i širší společnosti. Patří sem: placená práce, dobrovolná práce, vedení domácnosti, rodičovství, hledání zaměstnání, domlouvání pohovorů, vaření, úklid, nakupování, mytí nádobí, nebo vzdělávání.

Produktivita představuje velkou část stráveného denního času u dospělých a poskytuje příležitost k získání řady výhod v oblasti zdraví a pohody, včetně: struktury dne; sociálního kontaktu a interakce; sociálního postavení a identity; osobního růstu a rozvoje; a platby nebo přijímání jiného zboží nebo zdrojů příjmů.

Volný čas: Volnočasové aktivity děláme s radostí vzhledem k jejich relativní volnosti, spojené s možnostmi naplňování osobních hodnot, zájmů a preferencí. Všechny druhy volného času jsou nezbytné. Nadbytkem pasivního volného času se připravujeme o příležitosti k fyzické aktivitě, sociální interakci, zapojení se do rolí a dalším přínosům pro zdraví.

Aktivní volný čas zahrnuje činnosti, které vyžadují duševní nebo fyzickou energii a námahu: sportování, péče o domácí zvíře, navštěvování kina, prohlídku památek, řízení a cestování.

Pasivní volný čas zahrnuje činnosti, které nejsou charakterizovány významnou duševní nebo fyzickou námahou: poslech hudby, pletení, sledování televize, stolní hry a sbírání kolekcí.

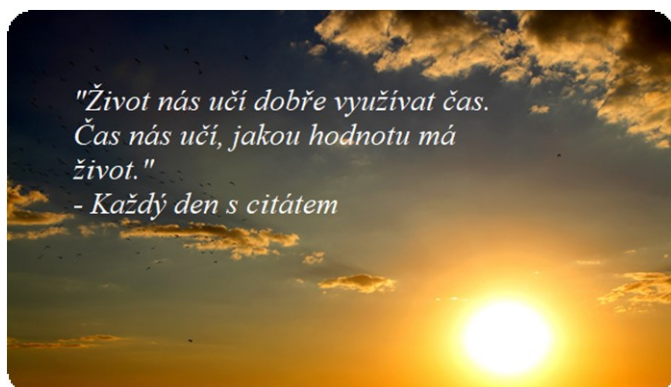
Společenský volný čas zahrnuje: hovory s přáteli, telefonování, pořádání večírků a schůzek.

Poslední je **odpočinek:** Lidé potřebují obecně 6 až 8 hodin spánku každou noc za účelem uzdravení a omlazení. Někteří potřebují krátké zdřímnutí i během dne.

Příloha č. 7: Závěrečná strana



- Správně a účinně naplánovaný čas vnáší do našeho života jistotu, pocit klidu, dobrý spánek a spokojenost sama se sebou.
 - Pravidelný denní režim prokazatelně působí jako ochrana před návratem příznaků duševní nemoci.
 - Při plnění povinností a úkolů vynakládáme energii. Čas věnovaný odpočinku můžeme chápat jako čas, kdy si „dobíjíme baterky“, tedy doplňujeme energii k dalším činnostem.
 - Aby měly dny přibližně stejnou strukturu, je dobré si stanovit tzv. „záchytné body dne“, které se opakují každý den, přibližně ve stejnou dobu: budíček, snídani, oběd, večeře, ulehnutí ke spánku. Čas mezi těmito rituály zkuste každý den trávit trochu odlišně.
 - Večerní aktivity by měly být příjemné a klidné.
 - Každý večer si můžete dát chvíli na zhodnocení úspěšnosti jednotlivých činností a naplánovat si další den.
 - Můžete využít rozvrhy, které si vyvěsíte na nástěnku, elektronické diáře, mobilní i webové aplikace.
- Co užitečného zítra uděláte?
 - Budete sportovat?
 - Co bude Vaší odměnou?
 - Zahrnuje Váš víkend dostatek odpočinku?



Příloha č. 8: *Priority a organizování času – instrukce*

Priority a organizování času

Hlavní téma terapie: Máte kontrolu nad tím, jak trávíte svůj čas. Upřednostňování činností vám pomáhá zorganizovat si každý den.

Pomůcky: Magnetický flipchart nebo bílá popisovací tabule a popisovač

Pracovní listy:

- Každý den je nový začátek
- Zdravé udržování rovnováhy
- ABC času
- Dvoudenní plán nebo Třídenní plán

Časový rámec	Fáze učení	Terapeut	Poznámky
2 min	Orientace	[<i>Řekněte</i>]: Základním principem tohoto programu je myšlenka převzít zodpovědnost za vaše vlastní zdraví. To také rozšiřuje kontrolu nad vaším vlastním časem. Tento program je příležitostí k tomu si uvědomit, jaké činnosti byste chtěli dělat, jaké zdraví prospěšné činnosti byste si chtěli vyzkoušet, jaké povinnosti si možná budete chtít znovu osvojit a jaké radosti byste chtěli prožít. V tomto směru je plánování aktivit opravdu o řízení času.	
1 min	Objasnění	[<i>Řekněte</i>]: Dnes náš program bude obsahovat: - čtení, - zvažování vašich priorit a - tvoření plánu s důrazem na vaše přednostní aktivity.	
3 min	Rozehřátí	[<i>Zeptejte se</i>]: Jaké jsou výhody a nevýhody plánování a spontánnosti?	Plánované činnosti se spíše uskuteční tak jak chceme, ale můžeme být zklamaní, pokud se tak nestane. Plánování nám napomáhá být více proaktivní než reaktivní. Při tvoření plánu můžeme zahrnout přizpůsobování se

			situaci a reagovat spontánně. Pokud nemáme nic naplánovaného, možná nic neuděláme.
3 min	Praxe	[<i>Udělejte</i>]: Rozdejte pracovní listy: „ Každý den je nový začátek. “ (anonym) [<i>Řekněte</i>]: Přečteme tento text nahlas.	Čtení probíhá postupně nebo sborově.
3 min	Rozvaha	[<i>Řekněte</i>]: Máte někdo svůj oblíbený verš nebo citát, který k vám promlouvá? Zkuste vyjádřit hlavní myšlenku onoho verše vlastními slovy.	- „Carpe diem“, znamená, užívejte dne. - Každý den je vzácný, proto ho využijte naplno. - Každý den bychom měli využít pro svůj přínos. - Vytězte z každého dne maximum. - Vy máte kontrolu nad tím, jak trávíte váš čas. Stanovení priorit vám pomůže využít čas efektivně.
3 min	Zobecnění	[<i>Zeptejte se</i>]: Podle čeho se rozhodujete, co stojí za vaše úsilí? Je to stejné pro každého člověka?	Čas si rozdělujeme podle našich potřeb sebezpečí, produktivity a volného času. Každý se musí rozhodnout podle sebe.
3 min	Aplikace	[<i>Zeptejte se</i>]: Jaká jedna aktivita, která je pro vás přínosná, se provádí v průběhu dvou dnů? Sdílejte váš názor s vaším sousedem.	
4 min	Orientace	[<i>Řekněte</i>]: Tento text je opravdu o vytváření toho nejlepšího možného využití našeho času. Co si myslíte, že je důležité a co si vybíráte, že budete dělat je opravdu na vás. [<i>Udělejte</i>]: Podívejme se na další cvičení: Zdravé udržování rovnováhy. [<i>Řekněte</i>]: Hlavním přesvědčením tohoto terapeutického programu je, že v životě dosáhneme	

		<p>pravděpodobněji větší spokojenosti, pokud máme rovnováhu mezi činnostmi: sebezpečí, produktivita a volný čas. Jak jsou tyto součásti provázané, názorně ukazuje toto schéma.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Tady je hlavní podstata každé části:</p> <p>Sebezpečí: zahrnuje základní aktivity, které vás provází celý den, jako oblékání se, stravování, péče o vzhled, vedení medikace a transport. Produktivita zahrnuje placenou a dobrovolnou práci, vedení domácnosti a rodiny a učení se.</p> <p>Volný čas zahrnuje zábavu, odpočinkové aktivity, sporty nebo aktivní zájmy a společenské aktivity.</p>	
8 min	Zkušenost	<p>[<i>Řekněte</i>]: Tady máte nástroj, který vám pomůže určit, co je pro vás důležité.</p> <p>[<i>Udělejte</i>]: Podívejme se na část: ABC času.</p> <p>[<i>Zeptejte se</i>]: Vyplňte prosím tyto tři sloupce.</p> <p>Priorita A: Věci, které musím udělat.</p> <p>Priorita B: Věci, které jsou pro mě důležité udělat.</p> <p>Priorita C: Věci, které bych dělal/a, kdybych měl/a čas. Zkuste uvést alespoň 5 činností do každého sloupce.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Pokud chcete, můžete napsat vaše vybrané aktivity na tabuli.</p>	Pokud to bude možné, pacienti budou sdílet informace ve velké skupině.
3 min	Úvaha	<p>[<i>Řekněte</i>]: Teď se podívejte na to, co jste sepsali. Jsou některé položky ve více sloupcích? To značí, že je tato položka pro vás v životě velmi důležitá. Zahrnuli jste činnosti ze všech kategorií: volný čas, sebezpečí, produktivita?</p>	

5 min	Zobecnění	<p>[<i>Řekněte</i>]:</p> <p>1. Většina dospělých určuje své priority na základě srovnávání našich potřeb a povinností. Pamatujte ale, že pomoci druhým můžete až tehdy, pokud budete pracovat na svém zdraví. Co to znamená pro váš sloupec priority A?</p> <p>2. Jakákoliv činnost z oblasti sebepéče, produktivita a volný čas by mohla být vaší prioritou A podle toho jak hodnotíte vaše potřeby. Pamatujte ale, že dobré zdraví se odvíjí od dobré rovnováhy mezi složkami sebepéče, produktivita a volný čas. Co to říká o položkách v kategorii A?</p> <p>3. Co musíte udělat proto, abyste se ujistili, že vaše přednostní aktivity mohou probíhat?</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Máte někdy velkou chuť dělat věci z kategorie B, nebo C, místo kategorie A v rámci prokrastinace, nebo jenom odškrtnáte váš seznam? Pamatujte, že položky ve sloupci A děláte pro sebe, značí prioritu, která má přednost před prováděním dalších položek.</p>	<p>1. Potřebujeme, aby sebepéče byla hlavní prioritou.</p> <p>2. Naše priorita A by měla zahrnovat sebepéči, produktivitu a volný čas.</p> <p>3. Zavolat, udělat jednání, sjednat dopravu, nebo sdílet s okolím vaše přání.</p>
2 min	Aplikace	<p>[<i>Řekněte</i>]: Podívejte se zpět na vaše 3 sloupce. Udělejte hvězdičku vedle vašich hlavních priorit a dbejte na to, aby obsahovali položky ze všech třech částí: volný čas, produktivita a sebepéče v A sloupci.</p>	
5 min	Vyhodnocení	<p>[<i>Udělejte</i>]: Nyní se přesuneme na poslední část: Dvoudenní plán. Vložte položky do denního plánu a přehodnoťte je podle potřeby.</p>	<p>Sepsání plánu, ve kterém je vždy hlavní priorita ze všech oblastí sebepéče, produktivity a volného času; podle svého a terapeutického hodnocení.</p>

Převzato z: MCNAMARA, Mary and STRAATHOF, Theresa. *Coping Strategies to Promote Occupational Engagement and Recovery*. Ottawa: CAOT, 2017. ISBN 978-1-895437-96-6.

Příloha č. 9: Priority a organizování času – pracovní listy

Priority a organizování času

Každý den je nový začátek

Představte si, jaké by to bylo, kdybyste měli banku, která by převáděla na váš účet každé ráno 2.000.000 Kč...

Která by vás přenesla bez balancování ze dne na den...

Povolila by vám nemít žádné peníze na vašem účtu...

A každé ráno by smazala jakoukoliv částku denního dluhu...

Co byste dělali?

Vyzvedli si každou korunu? Samozřejmě!

Dobře, máte takovou banku. Jmenuje se ČAS.

Každé ráno vás dobíjí 2.000.000 sekundami.

Nezáleží na tom, jestli jste tento den úspěšně investovali, nebo prodělali.

Každou noc se ztráty smažou.

Dovoluje nám přečerpávat.

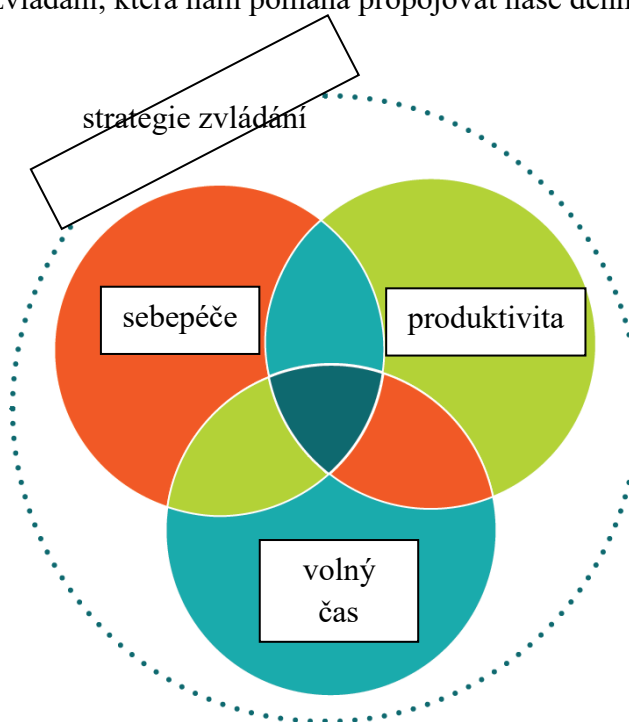
Každý den otevírá pro vás nový účet.

Je to na každém z nás, jak investovat tento vzácný fond hodin, minut a sekund a jak z něj dostat nejvyšší míru zdraví, štěstí a úspěchu.

-Anonym

Zdravé udržování rovnováhy

Tento náčrt ukazuje 3 protínající se kruhy uvnitř velkého kruhu. Tyto tři kruhy reprezentují udržování rovnováhy mezi sebepéčí, produktivitou a volným časem. Velký kruh reprezentuje strategii zvládnání, která nám pomáhá propojovat naše denní činnosti.



ABC času

Priorita A	Priorita B	Priorita C
Aktivity, které musím udělat. Je absolutně nutné je mít hotové. <i>(měly by zahrnovat sebepéči, produktivitu, a volný čas)</i>	<i>Aktivity, které jsou pro mě důležité udělat.</i>	<i>Aktivity, které bych MOHL dělat, kdybych měl čas.</i>

Dvoudenní plán

Den 1	Den 2
Ráno	Ráno
Odpoledne	Odpoledne
Večer	Večer

Příloha č. 10: *Potřeby volného času a doplňkových aktivit – instrukce*

Potřeby volného času a doplňkových aktivit

Hlavní téma terapie: Mít ve svém životě dostatek volného času je jeden ze způsobů, jak o sebe pečovat. Čím více aktivitám se budete věnovat, tím více potřeb uspokojíte.

Pomůcky: magnetický flipchart, popisovač, časopisy, nůžky

Pracovní listy:

- Seznam potřeb volného času
- Překonávání překážek k realizaci volného času
- Dvoudenní plán

Časový rámec	Fáze učení	Terapeut	Poznámky
2 min	Orientace	[<i>Řekněte</i>]: Mít ve svém životě dostatek volného času je jeden ze způsobů, jak o sebe pečovat. Čím více aktivitám se budete věnovat, tím více potřeb uspokojíte.	
2 min	Objasnění	[<i>Řekněte</i>]: Dnešním programem je: - výběr obrázku, který představuje něco, co považujete za volnočasovou aktivitu, - vyplňování seznamu potřeb volného času a - tvorba plánu, který zahrnuje volný čas.	
5 min	Rozehřátí	[<i>Řekněte</i>]: Nyní prolistujte časopisy a vyberte si takový obrázek, který pro vás představuje volnočasovou aktivitu, a sdílejte ho ve skupině. [<i>Zeptejte se</i>]: Jak na vás tato aktivita působí? [<i>Řekněte</i>]: Existuje mnoho různých činností a mnoho důvodů, proč je lidé dělají. Každý z nás má jiné potřeby, které se snažíme uspokojit v rámci volnočasových aktivit.	Pacienti vyberou jeden obrázek a popíší, jakou volnočasovou aktivitu představuje.
5 min	Praxe	[<i>Udělejte</i>]: Rozdělte	

		<p>pracovní listy: Seznam potřeb volného času. <i>[Řekněte]:</i> Vyplňte první část samostatně. Nyní seřadte těchto pět položek od 1 – 5, přičemž 1 je pro vás nejdůležitější a 5 je pro vás méně důležitá.</p>	
5 min	Rozvaha	<p><i>[Řekněte]:</i> Pokud to bude možné, sdílejte prosím 5 vašich hlavních potřeb ve skupině.</p> <p><i>[Zeptejte se]:</i> Mohla by jedna činnost uspokojit všechny vaše volnočasové potřeby?</p> <p><i>[Řekněte]:</i> Volnočasové aktivity z tohoto seznamu jsou rozděleny do 4 kategorií:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. potřeba samoty, nečinnosti 2. potřeba fyzické aktivity 3. potřeba sociální aktivity 4. potřeba výzvy 	
10 min	Zobecnění	<p><i>[Udělejte]:</i> Rozdělte flipchart na 4 kvadranty, každý pro jednu kategorii potřeb.</p> <p><i>[Řekněte]:</i> Nyní se rozdělte do dvojic a vymyslete, jaké činnosti by uspokojily vaše výše uvedené potřeby.</p> <p><i>[Udělejte]:</i> Sepište nějaké potřeby – uspokojení na tabuli. Nechte pacientům chvíli, aby si prostudovali seznamy jiných dvojic.</p> <p><i>[Zeptejte se]:</i> Jaké překážky nám narušují splnění plánu volného času? Jaké máte strategie k překonání těchto překážek? Sdílejte ve skupině.</p>	Mezi překážky může patřit: nedostatek času a nedostatek peněz.

		<p>[<i>Udělejte</i>]: Nyní se podíváme na další cvičení: Překonávání překážek k realizaci volného času.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Přečtěte si tento text. Jsou v pracovním listu nějaké další strategie, které byste rádi použili k překonání překážek?</p>	
5 min	Aplikace	<p>[<i>Řekněte</i>]: Dokončete samostatně druhou polovinu pracovního listu Seznam potřeb volného času. Vedle žebříčku dopište činnosti, kterými uspokojíte vaše potřeby.</p>	
11 min	Vyhodnocení	<p>[<i>Udělejte</i>]: Posledním pracovním listem bude: Dvoudenní plán.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Vyplňte prosím váš dvoudenní plán a ujistěte se, že obsahuje alespoň jednu volnočasovou aktivitu podle vaší osobní potřeby.</p>	<p>Vzhledem k obrázkům z časopisů, které zobrazují volnočasové aktivity, malému poučení o rovnováze, potřebách volného času a diskuzi sepíše pacienti dvoudenní plán s alespoň jednou volnočasovou aktivitou tak, aby každá volnočasová aktivita byla připisována jedné osobní potřebě.</p>

Převzato z: MCNAMARA, Mary and STRAATHOF, Theresa. *Coping Strategies to Promote Occupational Engagement and Recovery*. Ottawa: CAOT, 2017. ISBN 978-1-895437-96-6.

Potřeby volného času a doplňkových aktivit

Seznam potřeb volného času

Proč si potřebujete udělat volný čas? Následující tabulka obsahuje některé důvody, proč se lidé účastní aktivit ve svém volném čase. Přečtěte si seznam a zaškrtněte pět hlavních důvodů, proč byste se rozhodli pro volnočasovou aktivitu. Jsou to potřeby, které naplňujeme volnočasovými aktivitami.

<p>Samota, nečinnost</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> užívání si klidu a pohody <input type="radio"/> uvolnění <input type="radio"/> užívání si soukromí 	<p>Sociální aktivita</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> přispívání mé komunitě <input type="radio"/> pomáhání druhým <input type="radio"/> mít společnost <input type="radio"/> setkávání se s různými lidmi <input type="radio"/> aktivity s mou rodinou
<p>Fyzická aktivita</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> být fyzicky aktivní <input type="radio"/> být zaneprázdněný <input type="radio"/> organizování a zahájení aktivit <input type="radio"/> cestování <input type="radio"/> sportování, cvičení 	<p>Výzvy</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> soutěžení <input type="radio"/> učení se něčemu novému <input type="radio"/> být kreativní <input type="radio"/> čelit výzvám <input type="radio"/> cítit se sebejistě

- Další důvody: _____

Nyní seřad'te těchto pět položek od 1 – 5, přičemž 1 je pro vás nejdůležitější a 5 je pro vás méně důležitá. Jak uspokojujete tyto potřeby?

Moje potřeby

Uspokojení těchto potřeb

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Překonávání překážek k realizaci volného času

Existují dva druhy překážek, které musíme řešit. **Vnější překážky** jsou vlivy, které se vymykají naší kontrole; jako je počasí a pracovní závazky. Možná bychom měli vymyslet „plán B“ pro případ, že by vnější události zasahovali do našeho „plánu A“. Mezi **vnitřní překážky** patří vlivy, které můžeme do značné míry ovlivnit: postoje, strategie řízení času, nebo dostatečnou znalost zdrojů překážek. Ty se projevují jako výmluvy, proč se nemůžeme účastnit volnočasových aktivit. Zde jsou některé uvedené:

„*Nemám čas.*“ To jen znamená, že něco jiného je pro vás důležitější než volnočasové aktivity. Možná je to tím, že váš čas je tak plný práce, studia nebo pečovatelských povinností, že už vám během dne nezbyvá žádný čas pro potěšení a odpočinek. Problém je v tom, že takový rozvrh, není udržitelný. Nakonec se vaše zdraví zhroutí. (Možná už se stalo.) Musíte si položit otázku: „*Co jsem ochoten odložit stranou, abych si udělal místo pro své potřeby?*“

„*Když dělám něco jen pro své vlastní potěšení, cítím se provinile.*“ Tento postoj se vrací k našemu základnímu přesvědčení o naší vlastní hodnotě. Pokud takto uvažujeme, znamená to, že někde hluboko v našem vědomí je přesvědčení, že **bychom neměli**, nebo si **nezasloužíme** cítit potěšení. Zpochybněte tuto myšlenku: „*Kdo říká, že bych neměl cítit potěšení?* „*Proč si to nezasloužím stejně jako kdokoliv jiný?* „*Co mám z toho pocitu viny?*“

„*Nemám dost peněz.*“ - Samozřejmě, některé aktivity jsou velmi drahé. Existují však i jiné, které jsou v určitých obdobích zdarma. Než abych řekl „*Když tohle dělat nemůžu, tak nebudu dělat nic.*“, uvažujte o tom, že můžete zkusit něco jiného, co umožňuje váš rozpočet – možná, že vyzkoušení něčeho nového otevře úplně novou oblast zájmu a potěšení.

„*Nesnáším dělat věci sám a nemám s kým jít.*“ Požádejte někoho, aby to udělal s vámi! Nebo pokud neznáte nikoho, koho byste se zeptali, zvažte vstup do nějakého klubu, studijní skupiny, nebo účast na veřejné společenské akci. Až se tam dostanete, představte se ještě jedné osobě – příště tam **budete** znát někoho dalšího.

„*Město moc dobře neznám. Jak zjistím, kde si mohu odpočinout?*“ Zajděte do knihovny – vždy vystavují komunitní informace a nabízejí publikace a noviny inzerující akce, přednášky a rekreační aktivity. Podívejte se on-line na oficiální webové stránky vašeho okolí a hledejte odkazy na parky a rekreační oblasti. Obchody, které prodávají materiály nebo vybavení související s vaším zájmem (například řemeslné, hudební, nebo sportovní obchody), budou pravděpodobně také zveřejňovat informace o událostech v okolí. Místní školy často pořádají akce, kurzy a kluby. Projděte si telefonní seznam, noviny a obecní vývěsky.

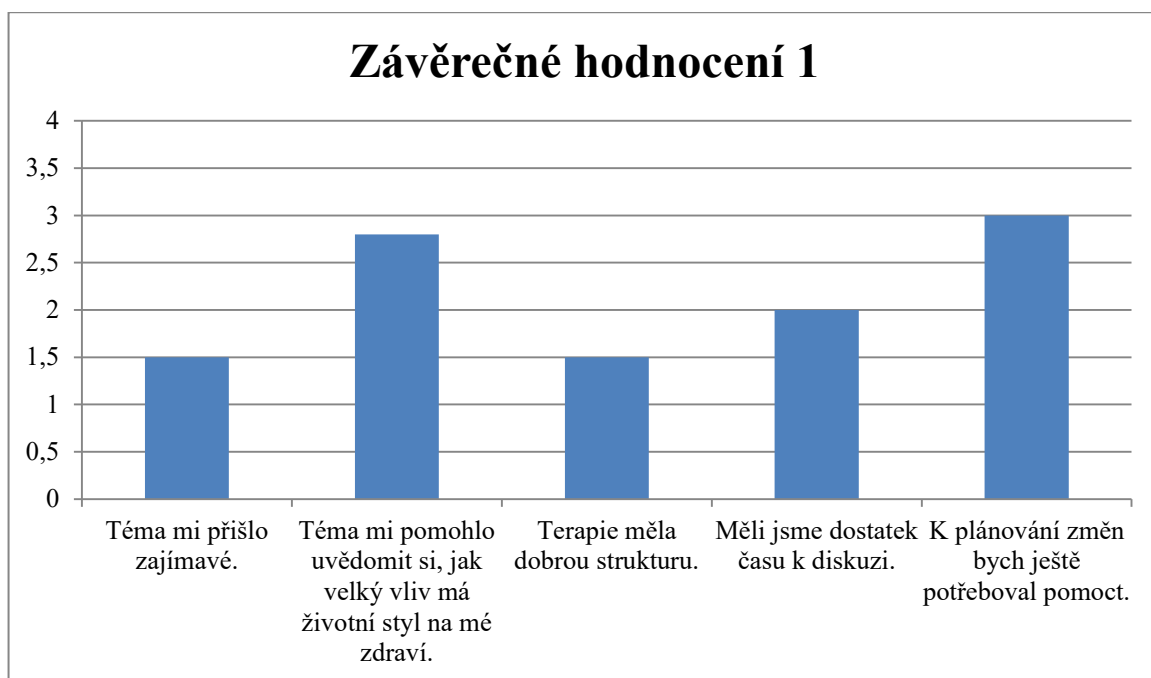
„*Moji rodiče (přátelé/partner/sousedé) si budou myslet, že jsem divný, když to udělám.*“ Tak jak moc to chcete udělat? Jak moc se budete cítit špatně, když do toho nepůjdete, protože se obáváte reakcí druhých? Připravte se na některé comebacky: „*Život je příliš krátký na to, abych si tohle nechal ujít!*“

„*Obvykle se jen dívám na televizi.*“ Je snadné dostat se do vyjetých kolejí, takže nemáte prostor pro lepší aktivity. Zvažte, co z této známé činnosti získáte a zda by se nenašlo něco, co by vám při troše větší námahy přineslo mnohem větší uspokojení.

Dvoudenní plán

Den 1 _____	Den 2 _____
Ráno	Ráno
Odpoledne	Odpoledne
Večer	Večer

Příloha č. 12: Závěrečné hodnocení 1



Bodová škála:

1	2	3	4
určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne

Příloha č. 13: Hodnocení aktuálního plánu aktivit – instrukce

Hodnocení aktuálního plánu aktivit

Hlavní téma terapie: Vytvoření časového rozvrhu v našem typickém dni a časové porovnání složek: sebek péče, produktivita, volný čas a odpočinek.

Hodnocení aktuálního plánu aktivit tvoří strukturované cvičení ke sběru informací o ději v typickém dni. Získané informace souvisí také s tím, jak jednotlivce různé aktivity prožívá. Kromě pochopení samotných činností, kterými se časové záznamy zabývají, nabízejí také možnost zamyslet se nad vzorci činnosti v průběhu typického dne nebo několika dnů. Sbíráni informací o více dnech zvyšuje spolehlivost shromážděných informací.

Sběr informací poskytuje základ úvahy o tom, jak tyto vzorce činnosti ovlivňují spokojenost, kvalitu života a zdraví pacienta. V protokolu můžeme porovnávat několik hledisek: vyvážení aktivit, fyzické aktivity, strukturu, účel, uspokojení, sociální interakce a přístup ke komunitám. Jakákoli konečná interpretace protokolu aktivit musí být dokončena ve spolupráci s pacientem s ohledem na jeho specifické potřeby a možnosti.

Pomůcky: tužka/ propiska

Pracovní listy:

- Vyhodnocení aktuálního plánu aktivit
- Můj čas

Časový rámec	Fáze učení	Terapeut	Poznámky
1 min	Orientace	[Řekněte]: Tato fáze procesu plánování aktivit zahrnuje shromažďování informací o aktuálním plánu, který nám pomáhá ve vědomém rozhodování o změně. Existuje mnoho nástrojů, které pomáhají shromažďovat důležité informace o činnostech prováděných v minulosti a žádoucích v budoucnu, stejně jako o činnostech současných.	
1 min	Objasnění	[Řekněte]: Dnes se budeme zabývat vyhodnocováním našeho aktuálního plánu aktivit. Tato terapie obsahuje strukturované cvičení ke sběru informací o ději ve vašem typickém dni, třídění aktivit do čtyř hlavních složek	

		a tvorbu grafu.	
15 min	Praxe	<p>[<i>Udělejte</i>]: Rozdělte pracovní listy: Vyhodnocení aktuálního plánu aktivit.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Nyní bude vaším úkolem vepsat do následujícího časového plánu činnosti z jednoho nebo dvou vašich typických dnů z doby před hospitalizací.</p> <p>Plán obsahuje 3 sloupce: Do prvního sloupce zaznamenejte činnosti co nejpodrobněji.</p> <p>Do druhého sloupce napište místo, kde aktivitu vykonáváte. Zásadní je odlišovat domácí a venkovní aktivity.</p> <p>Do třetího sloupce uveďte, zda s vámi tyto činnosti někdo vykonává, nebo je vykonáváte sami.</p>	<p>Je nutné ujistit pacienty, že jejich vypsání činnosti nebudou hodnoceny. Součástí jejich dne může být například přestávka na cigaretu.</p>
10 min	Rozvaha	<p>[<i>Řekněte</i>]: Až budete mít svůj pracovní list vyplněný, přihlaste se a můžeme se o vašem denním plánu individuálně pobavit.</p>	<p>Reflexe by měla spočívat v analýze časového využití a vzorců aktivity, nikoli procesem identifikace problémů. Společné období reflexe zajistí, že všechny přístupy nebo intervence budou citlivé na pacientovy touhy, potřeby, schopnosti a silné stránky a určí soukromě oblasti smysluplných změn. Zvláštní pozornost by měla být věnována podpoře jednotlivců prostřednictvím procesu reflexe. Pozitivní potvrzení, která uznávají úsilí a odvahu, mohou povzbudit u pacienta odhodlání. Podpůrná reflexe by mohla zahrnovat například: zdůraznění přínosů, které lze získat účastí na intervenci; podnětí pocitu účinnosti u jednotlivce; připomenutí jednotlivci, že změny mohou být prováděny postupně nebo tak rychle, jak se cítí připraven.</p>

7 min	Zobecnění	<p>[<i>Řekněte</i>]: Součástí denního plánu je komplex činností, které se budeme snažit smysluplně rozdělit podle jejich charakteristických rysů. Rozlišujeme čtyři hlavní kategorie: <i>sebepéči, produktivitu, volný čas a odpočinek</i>. Přestože každá kategorie zahrnuje mnoho specifických činností, vyvážení činností, které podporuje zdraví a pohodu, bude obvykle zahrnovat činnosti z celé této tabulky.</p> <p>Sebepéče zahrnuje takové aktivity, které udržují fyzickou a duševní kondici. Patří sem: jezení, péče o svůj vzhled, nebo hygiena.</p> <p>[<i>Zeptejte se</i>]: Jak si udržujete vaše tělesné a duševní zdraví? Jaké využíváte uklidňující aktivity? Jakou využíváte zdravotní péči?</p> <p>[<i>Řekněte</i>]:</p> <p>Produktivní činnosti jsou ty, které poskytují příležitost přispět k lepší sociální a ekonomické situaci sebe samého, rodiny, komunity i širší společnosti. Činnosti zahrnují placenou práci, dobrovolnickou práci, řízení domácnosti, rodičovství a vzdělávání. Definice produktivity obvykle zahrnují pojem povinnosti. Produktivita představuje velkou část stráveného denního času u dospělých a poskytuje příležitost k získání řady výhod v oblasti zdraví a pohody, včetně: struktury dne; sociálního kontaktu a interakce; sociálního postavení a identity; osobního růstu a rozvoje; a platby nebo přijímání jiného zboží nebo</p>	<p>Bylo zjištěno, že lidé s vážnými duševními chorobami tráví více volného času pasivně, než běžná populace.</p> <p>Mnoho lidí s vážným duševním onemocněním zjistí, že potřebují další odpočinek, který jim poskytne energii k vykonání každodenních činností. Spánek však může narušovat zdraví, pokud se využívá jako reakce na nečinnost a nudu. Toto vede k pohybovým vzorcům, které nejsou synchronizovány s ostatními v komunitě, nebo pokud spánkové vzorce narušují přirozené cirkadiální rytmy.</p>
-------	-----------	---	---

		<p>zdrojů příjmů.</p> <p>Volnočasové aktivity děláme s radostí vzhledem k jejich relativní volnosti, spojené s možnostmi naplňování osobních hodnot, zájmů a preferencí. Volný čas lze klasifikovat jako aktivní, pasivní nebo sociální. Aktivní volný čas zahrnuje činnosti, které vyžadují duševní nebo fyzickou energii a námahu, zatímco pasivní volný čas zahrnuje činnosti, které nejsou charakterizovány významnou duševní nebo fyzickou námahou. Zatímco oba druhy volného času jsou nezbytné, příliš pasivní volný čas může být problematický, protože poskytuje méně příležitostí k fyzické aktivitě, sociální interakci, zapojení se do rolí a činností komunity a dalším přínosům pro zdraví.</p> <p>Poslední je odpočinek: Lidé potřebují obecně 6 až 8 hodin spánku každou noc za účelem uzdravení a zotavení. Někteří potřebují krátké zdřímnutí i během dne.</p>	
10 min	Aplikace	<p>[<i>Řekněte</i>]: Správně zařadit některé činnosti může být náročné. Například večere s přáteli, může být „jedení“, a tudíž „péče o sebe“, ale pokud má činnost pro nás vyšší hodnotu jako společenská aktivita, měla by být zařazena jako společenská forma do kategorie „volného času“.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Teď se podíváme na druhé cvičení: Můj čas. Vaším úkolem bude jednotlivé činnosti roztrždit. Podívejte se zpátky na vaše denní aktivity a každou označte, jako vlastní</p>	<p>Rozlišování aktivního a pasivního volného času může být obtížné, ale stojí za to se mu věnovat, protože u lidí s vážným duševním onemocněním může dominovat pasivní volný čas.</p> <p>Vezměte v úvahu pacientův záměr nebo úroveň zapojení do činností. Například sledování televize nebo poslech hudby může odrážet zvláštní zájem a zahrnovat sledování děje nebo napjatý poslech hudby. Na druhou stranu, pokud tyto činnosti vyžadují málo aktivního zapojení, lze je považovat za</p>

		<p>péči, produktivitu nebo volný čas. Spočítejte, kolik hodin celkem strávíte každou kategorií každý den. Záznam poté přeneste do grafu, který vám poskytne vizuální obraz rovnováhy vašich aktivit.</p>	<p>pasivní. V komunitách duševního zdraví se mnoho jedinců bez denní struktury nebo podpory aktivit může ocitnout v místnosti s puštěnou televizí po většinu dne, aniž by skutečně vnímali obsah nebo aby aktivně vybírali, co budou sledovat.</p> <p>Třídění činností nejlépe dosáhnete určitou diskusí o skutečném účelu nebo smyslu činnosti. V souvislosti s vážným duševním onemocněním lze často pominout záměr nebo primární rysy činností. Například jedinec s akutními psychotickými symptomy, může strávit dlouhou dobu sezením sám ve velké, tiché místnosti. Mohlo by se zdát, že je to nejlépe kategorizováno jako pasivní volný čas, ale ve skutečnosti to může odrážet soustředěné úsilí o sebekéči nebo sebeuklidnění.</p>
1 min	Vyhodnocení	<p>[Řekněte]: Hlavním dnešním cílem bylo vytvoření časového rozvrhu v našem typickém dni a časovém porovnání složek: sebekéče, produktivita, volný čas a odpočinek. Tyto informace nás přimějí k úvaze o tom, jaké činnosti ovlivňují naši spokojenost, kvalitu života a zdraví. Následující terapie budou navazující a budou se podrobněji zabývat problematikou organizování času v našem životě.</p>	

Převzato z: KRUPA, Terry et al. *Action over inertia*. Addressing the activity-health needs of individuals with serious mental illness. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists Publications ACE, 2010. ISBN 978-1-895437-84-3.

Příloha č. 14: *Hodnocení aktuálního plánu aktivit – pracovní listy*

Hodnocení aktuálního plánu aktivit

Vaším úkolem bude nyní vepsat do následujícího časového plánu činnosti z jednoho nebo dvou vašich typických dnů z doby před hospitalizací.

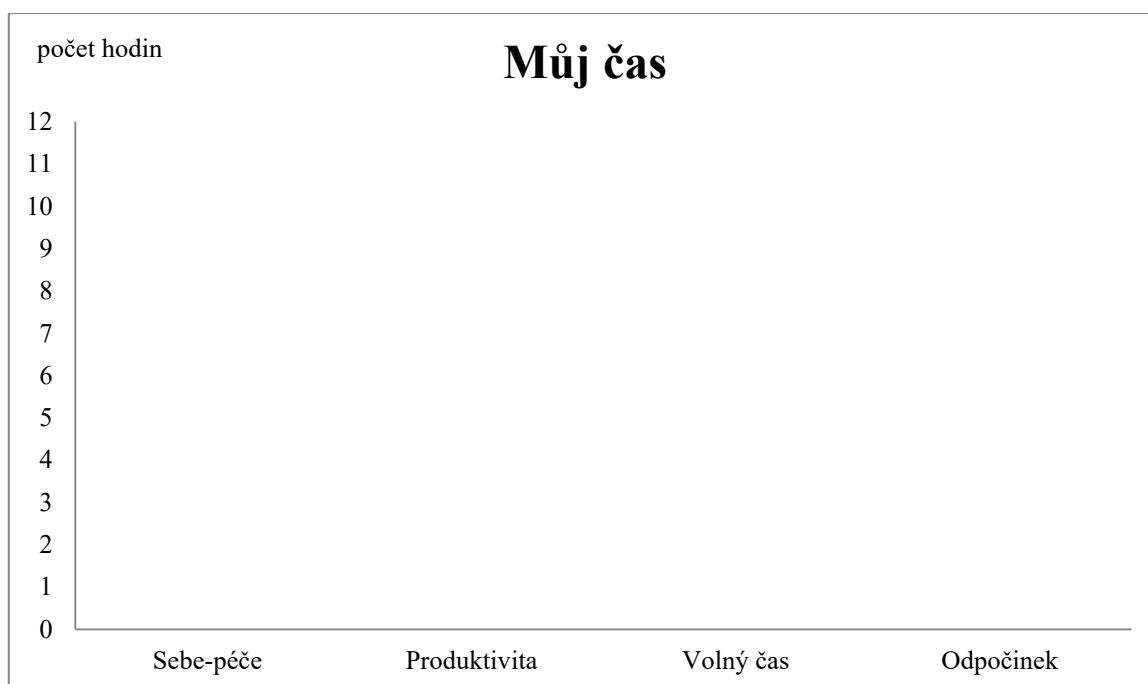
Čas	Činnost	Místo	Sám/ s někým
půlnoc			
00:30			
1:00			
1:30			
2:00			
2:30			
3:00			
3:30			
4:00			
4:30			
5:00			
5:30			
6:00			
6:30			
7:00			
7:30			
8:00			
8:30			
9:00			
9:30			
10:00			
10:30			

11:00			
11:30			
12:00			
12:30			
13:00			
13:30			
14:00			
14:30			
15:00			
15:30			
16:00			
16:30			
17:00			
17:30			
18:00			
18:30			
19:00			
19:30			
20:00			
20:30			
21:00			
21:30			
22:00			
22:30			
23:00			
23:30			

Můj čas

Podívejte se zpět na vaše denní aktivity a u každé označte, zda se jedná o sebekéči, produktivitu, volný čas, nebo odpočinek. Spočítejte, kolik hodin denně celkem strávíte každou kategorií. Záznam poté přeneste do grafu, který vám poskytne vizuální obraz rovnováhy vašich aktivit.

Kategorie	Počet strávených hodin
Sebekéče	
Produktivita	
Volný čas	
Odpočinek	



Příloha č. 15: *Čas života – koláž – instrukce*

Čas života - koláž

Hlavní téma terapie: Tato rozvojová aktivita se zabývá přechodem středního věku jako příležitostí, k hodnocení minulých úspěchů i nerealizovaných očekávání. Pomůže pacientům při přehodnocování minulých a současných životních struktur při přípravě na změny ve střední dospělosti.

Pomůcky: různé časopisy, plakát (nebo jiný velký pevný papírový podklad), lepidlo, nůžky, tužka

Časový rámec	Fáze učení	Terapeut	Poznámky
5 min	Orientace	[<i>Udělejte</i>]: Načrtněte na šířku velkého plakátu časovou tabulku a přizpůsobte věku každého pacienta. Pokud jsou pacienti podobného věku, může být plakát bez časového omezení, aby poskytoval dostatečný prostor pro každých 5 let jejich života až do jejich současného věku.	
5 min	Objasnění	[<i>Řekněte</i>]: Cílem této terapie je získat časový náhled na váš život a zjistit, jak jednotlivé části zapadají do celku, díky kterému jste se stali lidmi, kterými jste dnes. Tento plakát bude představovat celý váš život. Váš život začne vlevo nahoře a bude pokračovat směrem doprava rozdělen na etapy po pěti letech. Nechte poslední prostor pro přítomnost.	
20 min	Praxe	[<i>Řekněte</i>]: Teď se zamyslete nad událostmi, které nastaly v jednotlivých etapách vašeho života. Jací jste byli, a kteří lidé byli ve vašem životě? Kde jste bydleli, nebo kam jste cestovali? Čeho jste dosáhli a jaká rozhodnutí jste udělali? Poté si prohlédněte tyto časopisy a najdete obrázky, slova a fráze, které nejlépe vystihují vaše významné události, nebo aspekty každého dílu vašeho života včetně přítomnosti. Obrázky vystříhajte, nalepujte na plakát a tužkou můžete dokreslovat například emoce, které vás v těchto událostech doprovázely. Až budete mít koláž hotovou,	

		individuálně se s vámi o vašem životě pobavím.	
10 min	Rozvaha	[<i>Udělejte</i>]: Prohlédněte si koláže a diskutujte jednotlivě s pacienty.	Diskuze se může zaměřit na hodnocení událostí a prázdných míst koláže. Můžeme rozpoznat vrcholy a propady, emoční odezvu i opakující se vzorce. Došlo k nějakým velkým změnám? Jak nastaly tyto změny?
3 min	Aplikace	[<i>Zeptejte se</i>]: Co vysvětluje velká rozhodnutí ve vašem životě? Byla tato rozhodnutí impulzivní, nebo pečlivě plánovaná? Mají vliv na velké změny jiní lidé? Kdybyste se mohli vrátit a změnit část svého života, co byste změnili? Co ve vašem životním vývoji chybělo a co si přejete, aby tam bylo?	
2 min	Vyhodnocení	[<i>Řekněte</i>]: V této terapii jste dostali příležitost k přehodnocení minulých a současných životních událostí. Právě teď se nacházíte v pravém dolním okénku. Váš život se neustále vyvíjí a je na vás, co budete chtít do okénka brzy vložit.	

Převzato z: COLE, Marilyn B. *Group dynamics in occupational therapy: The theoretical basis and practise application of group intervention*. 4th edition. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated, 2012. ISBN 978-1-61711-011-5.

Příloha č. 16: *Budování zdravých návyků – instrukce*

Budování zdravých návyků

Hlavní téma terapie: Vytvoření zdravých návyků sníží naší stresovou úroveň a pomůže nám pokračovat v zotavení.

Pomůcky: magnetický flipchart nebo bílá tabule a popisovač, tužka/ propiska, papír

Pracovní listy:

- Seznam každodenního udržování zdravého životního stylu I.
- Seznam každodenního udržování zdravého životního stylu II.
- Každodenní časový plán

Časový rámec	Fáze učení	Terapeut	Poznámky
3 min	Orientace	[<i>Řekněte</i>]: Dnes budete mít příležitost k tomu, abyste si stanovili nějaké zdravé návyky. Tohle je vaše šance, popřemýšlet a záměrně vybrat takové návyky, o kterých víte, že vás podpoří ve zdravém životním stylu a zajistí udržení vašeho zdraví. Na tyto návyky nahlížíme jako na prostředky, které budou předcházet opětovnému zhoršení nemoci.	
1 min	Objasnění	[<i>Řekněte</i>]: Dnes bude naším úkolem: - vyplnění Seznamu každodenního udržování (část I a II), - tvorba Každodenního časového plánu a - definování, jak tyto rutiny budou vypadat.	
3 min	Rozehřátí	[<i>Zeptejte se</i>]: Co patří mezi vaše zvyky, kterými udržujete zdraví? [<i>Udělejte</i>]: Napište pár příkladů na tabuli.	Pravidelné stravování, pravidelné usínání, pravidelná medikace atd.
8 min	Praxe	[<i>Řekněte</i>]: Dnes bychom se chtěli zamyslet nad vašim „Seznamem každodenního udržování“, nad věcmi, které musíte dělat každý	

		<p>den, abyste se cítili dobře, a věcmi, které považujete za ty, které vám zajistí optimální zdraví. Jak jsem předem zmínila, existují aktivity, které působí preventivně.</p> <p>[<i>Udělejte</i>]: Rozdejte pracovní listy: Seznam každodenního udržování zdravého životního stylu I. a II.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Ve dvojicích sepište seznam, co by mohlo sloužit k předcházení zhoršení onemocnění.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Zamyslete se nad položkami v pracovním listu. Zaškrtněte takové položky, které se vám zdají důležité. Pokud vám některé chybí, připište je. Vyplňte pracovní listy samostatně.</p>	
3 min	Rozvaha	[<i>Řekněte</i>]: Porovnejte vaše nápady na papíru s položkami v seznamu.	
10 min	Zobecnění	<p>[<i>Zeptejte se</i>]: Jak důležité je mít stejné denní návyky v týdnu a o víkendech?</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Každý víme, že je rozdíl v plánování a plnění určitého plánu. Co by se stalo, pokud byste se jednoho dne vzbudili a nemuseli jste dělat žádnou z těchto činností? Jaké znáte překážky, které nám brání v dodržování zdravých návyků a jak se od nich odtrhnout?</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Zamyslete se nad strategiemi, které překonají naše překážky. Každá dvojice poté uvede 2 bariéry</p>	Je to velmi důležité, protože naše denní rytmy si snadněji navyknou na plán, který se děje každý den.

		<p>a 2 strategie, které vám pomohou splnit vaše cíle.</p> <p>[Zeptejte se]: Jaké překážky nám narušují splnění plánu volného času? Jaké znáte strategie k překonání těchto překážek? Pro připomenutí si plán pověste.</p>	
7 min	Aplikace	<p>[Udělejte]: Rozdělte pracovní list: Každodenní časový plán.</p> <p>[Řekněte]: Zasad'te vaše vybrané činnosti, které potřebujete dělat, abyste se cítili dobře a zajistily vám optimální zdraví do Každodenního časového plánu. Teď se podívejte do Seznamu každodenního udržování zdravého životního stylu II. a popište, jak tyto aktivity budete plnit.</p>	
10 min	Vyhodnocení	<p>[Řekněte]: Vraťme se k pracovnímu listu Každodenní časový plán. Vyberte si 2 hlavní činnosti a vymyslete k nim 2 strategie, které vám pomohou k opravdovému plnění.</p>	

Převzato z: MCNAMARA, Mary and STRAATHOF, Theresa. *Coping Strategies to Promote Occupational Engagement and Recovery*. Ottawa: CAOT, 2017. ISBN 978-1-895437-96-6.

Budování zdravých návyků

Seznam každodenního udržování zdravého životního stylu I.

Tohle je vaše příležitost stanovit si nějaké zdravé návyky, které vás podpoří ve zdravém životním stylu a zajistí udržení vašeho zdraví.

Níže jsou uvedeny příklady činností, které potřebujete dělat, abyste se cítili dobře a zajistily vám optimální zdraví.

- Příprava/ jedení výživného jídla
- Včasné usínání a dostatek spánku
- Kondiční cvičení
- Volnočasové aktivity (společenské, kreativní, aktivní)
- Relaxační cvičení
- Setkání se s dobrým přítelem
- Užívání medikace a odborná péče
- Omezování kofeinu a alkoholu
- Domácí práce/ produktivita
- Péče o můj vzhled
- Péče o domov
- Psaní deníku
- Trávení času s lidmi/ skupinami, které mě podporují
- _____

Seznam každodenního udržování zdravého životního stylu II.

Teď se zamyslete, jak přesně tyto činnosti u vás budou vypadat. Rozepište dolu vaše vybrané aktivity a upravte je dle potřeby. Například:

Příprava/ jedení výživného jídla	Každý den sním 3 zdravá jídla, začnu snídání, kterou se pokusím jíst denně ve stejný čas.
----------------------------------	---

Příprava/ jedení výživného jídla	
Včasné usínání a dostatek spánku	
Kondiční cvičení	
Volnočasové aktivity (společenské, kreativní, aktivní)	
Relaxační cvičení	

Setkání se s dobrým přítelem	
Užívání medikace a odborná péče	
Omezování kofeinu a alkoholu	
Domácí práce/ produktivita	
Péče o můj vzhled	
Péče o domov	
Psaní deníku	
Trávení času s lidmi/ skupinami, které mě podporují	

Každodenní časový plán

7:00
8:00
9:00
10:00
11:00
12:00
13:00
14:00
15:00
16:00
17:00
18:00
19:00
20:00
21:00
22:00

Cesty k zotavení

Hlavní téma terapie: Při zotavování nacházíme pro svůj život nový smysl a význam, který jde daleko za naše já, coby člověka s nálepkou psychiatrického pacienta či diagnózy. V rámci této části zotavování si připomínáme a uvědomujeme si, proč jsou pro naše psychické zdraví, aspekty domova a práce tak důležité. Pacienti si stanovují přednosti k výběru budoucího zaměstnání, stanovují si cíle, kterých by chtěli dosáhnout v pracovní kariéře, popisují, jak svých cílů dosáhnou a zamýšlejí se nad překážkami, které je na cestě za kariérou můžou potkat.

Pomůcky: tužka/ propiska

Pracovní listy:

- Příběh
- Máme namířeno domů: Domov a bydlení
- Na cestě za kariérou: práce a povolání
- Přednosti týkající se práce a povolání
- Přednosti a dosahování cílů: práce a povolání

Časový rámec	Fáze učení	Terapeut	Poznámky
4 min	Orientace	<p>[Řekněte]: Někdy nám psychiatrické problémy doslova vezmou život. Psychiatrická péče se může začít promítat do všeho, co se kolem nás děje. Například trávíme celé dny na programech péče o duševní zdraví, jako by příznaky a život s psychiatrickou diagnózou byly zaměstnáním na plný úvazek.</p> <p>Může se stát, že svůj život začneme vnímat jako předem určený naší psychiatrickou nálepkou a další naše sociální role začneme nechávat stranou. Můžeme mít pocit, že naše psychiatrická diagnóza znamená konec možností zažívat lásku, radost či úspěch. Vzdáme se všeho, co jsme měli rádi. Naše sebeúcta významně klesne. Můžeme se cítit jakoby lapení v životě, který je velmi omezen, začneme se nudit, propadneme depresi a ve výsledku je nám ze sebe na nic.</p> <p>Při zotavování nacházíme pro svůj</p>	

		<p>život nový smysl a význam, který jde daleko za naše já, coby člověka s nálepkou psychiatrického pacienta a diagnózu. Zotavení pomáhá skutečnost, že můžeme být klienty v systému péče o duševní zdraví. Jdeme dál a znovu se vracíme k životu, který nás bude daleko více naplňovat.</p> <p>Někteří z nás třeba musejí začít doslova od nuly a přebudovat si život tak, aby měl opravdu smysl.</p> <p>Většinou však v našem životě existují oblasti, v nichž i nadále bez problémů fungujeme. Abychom si vytvořili život, který nás bude více uspokojovat a naplňovat, vycházíme ze svých už prozkoumaných předností uvnitř i vně nás a dále si rozšiřujeme své obzory.</p>	
10 min	Objasnění	<p>[<i>Udělejte</i>]: Rozdejte pracovní listy Příběh.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Přečtěte si Příběh od neznámého autora a zamyslete se nad tím, co chtěl říct.</p> <p>[<i>Zeptejte se</i>]: Dokážete vysvětlit, co to jsou přednosti? Zamyslete se, jaké přednosti máte právě vy.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Přečtěte si citát níže a zkuste ho vysvětlit vlastními slovy.</p> <p>Při zotavování získáváme anebo znovu získáváme další sociální role, díky nimž se dostáváme mimo škatulku psychiatrického pacienta. Zjistíme, že můžeme pracovat a práci si udržet, že můžeme bydlet vyhovujícím způsobem a bydlení si udržet a že si můžeme najít i nové přátele a udržet si je. Pouštíme se do tvůrčích, zábavných a zajímavých činností a učíme se novým věcem, čímž vnitřně rosteme.</p>	
10 min	Praxe	<p>[<i>Řekněte</i>]: Teď se podíváme v rámci zotavení na kapitolu: Máme namířeno domů: Domov a bydlení. Uspokojivá situace s bydlením je velice důležitým podpůrným aspektem zotavování. V jedné studii</p>	<p>Reflexe by měla spočívat v analýze časového využití a vzorců aktivity, nikoli procesem identifikace problémů. Společné období reflexe zajistí, že</p>

		<p>vypověděla více než polovina dotazovaných, že právě uspokojivé a bezpečné bydlení bylo oním faktorem, který jim umožnil obrat směrem k zotavení. Výsledky výzkumů týkajících se chráněného bydlení ukazují, že bezpečné a uspokojivé bydlení za přiměřenou cenu může omezit bezdomovectví až o 90% a snížit využívání psychiatrické hospitalizace o polovinu.</p> <p>[<i>Zeptejte se</i>]: Proč je místo, kde se cítíme doma, tolik důležité pro naše psychické zdraví? Napište pár příkladů.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Místo, které nazýváme domovem, je bezpečným místem. Všichni potřebujeme soukromí (byť se jeho míra liší podle naší etnické či kulturní příslušnosti). Pokud ho máme dostatek, můžeme se dobře cítit a zcela se fyzicky i psychicky uvolnit. - Svoji individualitu, své zájmy a kulturní i sociální příslušnost vyjadřujeme i prostřednictvím věcí, které máme okolo sebe. Naše věci a způsob, jakým si uspořádáme prostor, v němž žijeme, jsou nadstavbou našeho já a pomáhají nám dobře fungovat. Naše věci nám vytvářejí jakýsi „balíček identity“, který nás provází každým dnem a díky kterému ze sebe můžeme mít dobrý pocit. - Prostředí, v němž žijeme, je středobodem naší osobní mapy světa. Pokud necítíme, že máme místo, které by bylo naše, můžeme pociťovat dezorientaci (to se stává i lidem, kteří nikdy neměli problémy s duševním zdravím). - Místo, kde žijeme, je i 	<p>všechny přístupy nebo intervence budou citlivé na pacientovy touhy, potřeby, schopnosti a silné stránky a určí soukromě oblasti smysluplných změn. Zvláštní pozornost by měla být věnována podpoře jednotlivců prostřednictvím procesu reflexe. Pozitivní potvrzení, která uznávají úsilí a odvalu, mohou povzbudit u pacienta odhodlání. Podpůrná reflexe by mohla zahrnovat například: zdůraznění přínosů, které lze získat účastí na intervenci; podnícení pocitu účinnosti u jednotlivce; připomenutí jednotlivci, že změny mohou být prováděny postupně nebo tak rychle, jak se cítí připraven.</p>
--	--	---	---

		<p>místem, kde uspokojujeme své každodenní potřeby. V tomto prostoru pečujeme a staráme se o sebe a své pohodlí a věnujeme se tu i své duchovní stránce. Každodenní rituály spojené se sebeobsluhou prospívají našemu zotavování a dávají našemu dnu i určitý rytmus.</p> <ul style="list-style-type: none"> - To, jak si prostředí, v němž žijeme, přizpůsobíme a vyzdobíme, to, jak vaříme a jíme v návaznosti na roční období, anebo třeba to, že slavíme důležité svátky, dodává uklidňující rytmus i celému našemu roku. - Uspokojivá bytová situace zvyšuje naše společenské postavení a může nás propojit s lidmi v nejbližším okolí, ve vesnici, městě nebo kraji, kde můžeme začít zapouštět kořeny a cítit, že tam patříme. <p>[<i>Zeptejte se</i>]: Je vám blízké české přísloví: „Všude dobře – doma nejlíp.“?</p>	
10 min	Praxe	<p>[<i>Řekněte</i>]: Teď se podíváme v rámci zotavení na kapitolu: Na cestě za kariérou: práce a povolání. V minulosti mnozí lidé trpící příznaky duševní nemoci slyšeli, že se mají vyhýbat zaměstnání, protože je to příliš velký stres. Výzkum ovšem správnost této myšlenky vůbec nepotvrzuje. Mnozí z nás ve skutečnosti považují práci za velice silný a účinný nástroj při našem uzdravování a zotavování, a i studie ukazují, jak je práce často prospěšná. [<i>Zeptejte se</i>]: Co prospěšného vám přináší práce? Napište pár poznámek. [<i>Řekněte</i>]: Mnozí zjistíme, že práce má ve skutečnosti na naše psychické zdraví blahodárny vliv. Následující popis jejích výhod přímo z pera člověka s vlastní zkušeností se zotavením si v parafrázované podobě vzala za svůj i americká Národní</p>	

		<p>asociace ředitelů státních programů péče o duševní zdraví:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Práce léčí. - Práci se orientujeme na své schopnosti, nikoli omezení. - Díky práci si sami sebe více vážíme, protože díky ní překonáváme pocit, že jsme bezcenní. - Prostřednictvím práce vstupujeme do složitých vztahů s dalšími lidmi, díky nimž můžeme vnitřně růst. - Práci o sobě získáváme realistický obrázek. 	
10 min	Aplikace	<p>[<i>Řekněte</i>]: Teď bych vás chtěla pobídnout k prozkoumání světa práce. Pokud vás zajímá možnost pracovat, je spousta věcí, nad kterými se možná budete zamýšlet. Nejdůležitější z nich je motivace. Zamyslete se nad následujícími otázkami:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mám motivaci pracovat? - Jaký je zdroj této motivace? - Přichází tato motivace zevnitř a odráží mé vlastní touhy a hodnoty, anebo mě k práci pobízí či dokonce nutí někdo nebo něco zvenčí? <p>[<i>Řekněte</i>]: Poslední část terapie zaměříme na Přednosti týkající se práce a povolání a Přednosti a dosahování cílů: práce a povolání. Zamyslete se prosím nad níže sepsanými otázkami.</p>	
1 min	Vyhodnocení	<p>[<i>Řekněte</i>]: Poslední cvičení týkající se předností vám dává příležitost k zamýšlení se nad vašimi schopnostmi a podněcuje vás ke stanovení si cílů ve vaší úspěšné cestě za kariérou.</p>	

RIDGWAY, Priscilla et al. *Cesty k zotavení* (z ang. originálu Pathways to recovery). University of Kansas School of Social Welfare, 2014. 407 s. ISBN 978-1-5031-7191-6.

Cesty k zotavení

Příběh:

Když jsem vyrůstala, těžko jsem si dokázala představit, co vůbec jsou nějaké přednosti. Těžko jsem jich mohla využívat, když v mém světě vládl chaos. Nikdy jsem úplně nechápala, co přednosti jsou, protože mi to nikdo nevysvětlil. Ale jsem přesvědčena, že se u mě nějaké přednosti vyvinuly s tím, jak jsem dospívala a vnitřně rostla. Některé nebyly zřejmé, nicméně čekaly, až jich bude třeba a budou se moci projevit. U mě taková doba nastala brzy a přednosti znamenaly na mé cestě krok vpřed. Možná jsem si tedy nebyla vědoma toho, jak jich využít, ale myslím, že se u těch, kteří je opravdu potřebují, najdou.

„Získat sebedůvěru lze tak, že uděláte to, čeho se bojíte, a pak si zaznamenáte úspěchy, které máte za sebou.“ William Jennings Bryan, americký politik, kandidát na amerického prezidenta

Máme namířeno domů: Domov a bydlení

Proč je místo, kde se cítíme doma, tolik důležité pro naše psychické zdraví?

České přísloví: *„Všude dobře – doma nejlíp.“*

Na cestě za kariérou: práce a povolání

Co prospěšného vám přináší práce?

„Povolání... by znamenalo najít místo, kde se potřeby světa stýkají s vašimi vlastními vlohami; kde je to, co dáváte, s radostí přijímáno.“ James Carroll, americký literát, kněz, historik a novinář

Přednosti týkající se práce a povolání

Napište si své stávající přednosti ohledně práce a povolání: (např. mám maturitu, umím dobře vyhledávat informace, umím cizí jazyk)

Jaké přednosti spojené s prací a povoláním už jste někdy dříve využili? (např. měl jsem několik zaměstnání na částečný úvazek a rok jsem pracovala na plný úvazek)

Jakých cílů chcete v souvislosti s prací či dobrovolnictvím dosáhnout do budoucna? (např. chci mít práci na částečný úvazek, která mě spolu s dávkami a příspěvky uživí)

Přednosti a dosahování cílů: práce a povolání

K dosahování svých cílů můžete využít své jedinečné přednosti a zdroje. Až si budete vytvářet seznam svých předností, vzpomeňte si, že mohou vycházet:

- a) zevnitř (např. zvládám krizové poradenství; jsem dobrý řemeslník; umím programovat; umím pracovat s čísly)

- b) zvenjšku (např. můj bratranec má firmu, mohl by mě zaměstnat)

Které přirozeně se vyskytující možnosti můžete ve svém okolí využít k dosažení svých cílů ohledně práce či dobrovolnictví? (např. pozeptám se v místním domově důchodců, jestli nepotřebují dobrovolníky)

Jaké oficiální služby chcete využít k dosažení svých cílů? (např. zařadím se do programu chráněného zaměstnávání, abych získal pomoc při přípravě na návrat do zaměstnání a jeho hledání)

Popište své postoje týkající se vašich cílů ohledně práce a povolání: (např. jsem nadšená představou, že bych mohla být dobrovolnicí; velmi se těším, že se vrátím do práce)

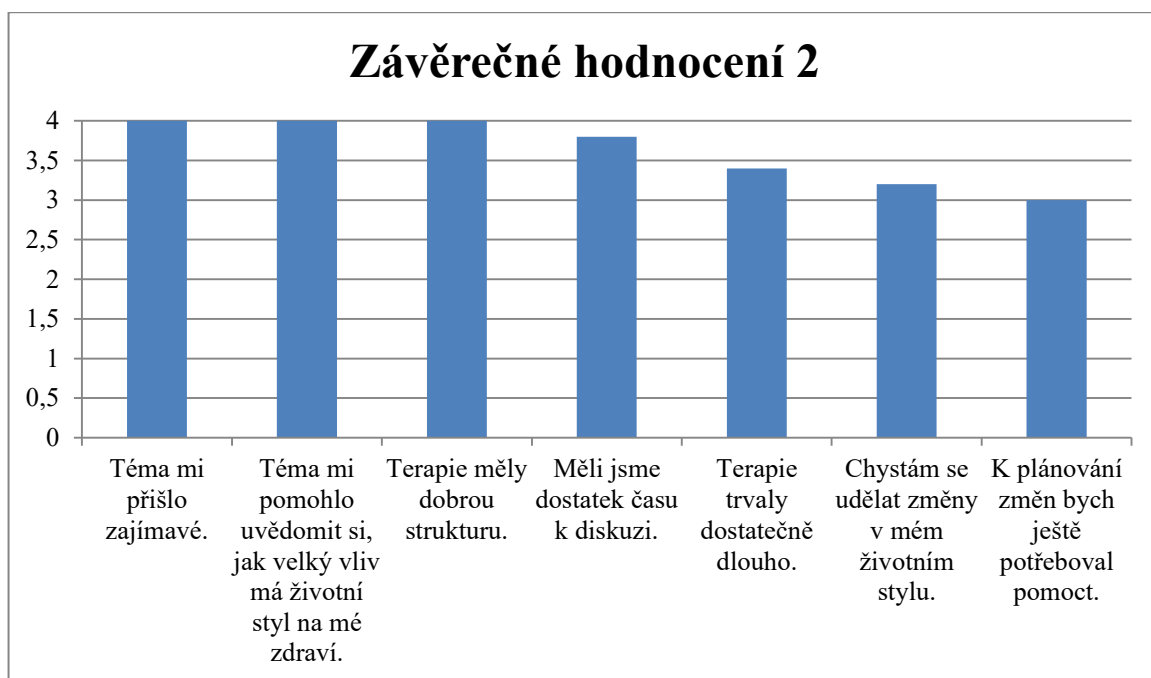
A jakými překážkami se můžete na cestě ke splnění svých cílů potkat? (např. musím si zjistit, zda neprijdu kvůli práci o příspěvky; když budu muset dojíždět, hodně se mi to prodraží)

Popište, jak můžete zmíněné překážky na cestě za svými cíli překonat: (např. zjistím si, zda můžu získat příspěvek na dopravu; najdu si na internetu databázi dobrovolnických příležitostí)

Jak budete sledovat svoje pokroky na cestě za svými cíli? (např. povedu si evidenci pracovních míst, o která jsem ucházel; sepíšu se všechno, čemu se naučím jako dobrovolník)

Jak oslavíte dosažení svých cílů? (např. naučím se masírovat chodidla a každý den, kdy chodím do práce, si večer udělám masáž; z platu si našetřím na kolo a budu na něm jezdit na výlety)

Příloha č. 20: Závěrečné hodnocení 2



Bodová škála:

1	2	3	4
určitě ne	spíše ne	spíše ano	určitě ano

Edukace o aktivitě, zdraví a duševní nemoci

Hlavní téma terapie: Hlavním cílem této terapie je poskytnout jednotlivcům základní informace a znalosti o vztahu mezi duševním zdravím a aktivitou a ukázat, jak toto povědomí může ovlivnit jejich schopnost pozitivně ovlivňovat své vlastní blaho prostřednictvím činností. Poskytování informací a vzdělávání jsou hlavními používanými strategiemi k podpoře zotavení u pacientů s vážným duševním onemocněním. Rozvíjení znalostí o nemoci, kterou pacienti prožívají, a o vlivu onemocnění na jejich každodenní život, může umožnit uzdravení několika způsoby.:

- 1) Můžeme pomoci rozvíjet kooperativní vztahy mezi pacienty a jejich terapeuty.
 - 2) Usnadňujeme jednotlivci rozvoj kontrolování a zvládnání prožívání nemoci a poskytujeme mu možnost posunout se za omezení, které představuje nemoc v každodenním životě.
- Psychoedukace jako specifická forma vzdělávání, byla široce využívána u lidí s duševním onemocněním k podpoře jejich chápání nemoci, rozvoji schopnosti zvládat onemocnění, změně problematického životního stylu a umožnění zotavení.

Veřejné vzdělávání související s aktivitou a zdravím se tradičně zaměřuje na fyzickou aktivitu – zejména na činnosti, které zahrnují fyzickou vytrvalost, pružnost a sílu pro udržení tělesného zdraví. Duševní pohoda je však vícerozměrná a vyžaduje zvážení více rozměrů činnosti, které ovlivňují zdraví, včetně sociálních, kulturních, emocionálních, psychologických, ekonomických a duchovních rozměrů. Aktivní účast na široké škále každodenních životních činností má potenciál pozitivně ovlivnit lidské zdraví v mnoha aspektech.

Pomůcky: tužka/ propiska

Pracovní listy:

- Výhody aktivit v udržování si duševní pohody
- Vyjasnění přínosů činností
- Zdraví prospěšné přínosy mých aktivit
- Strategie ke snižování stresu prostřednictvím činnosti
- Strategie ke zvládnutí stresu prostřednictvím činnosti
- Jak souvisí duševní onemocnění a účast na aktivitě?

Časový rámec	Fáze učení	Terapeut	Poznámky
5 min	Orientace	[<i>Řekněte</i>]: Každý člověk potřebuje mít příležitost k vyzkoušení si různorodých aktivity, k udržení dobré kondice a spokojenosti se svým životem. Prostřednictvím aktivit máte možnost zažít všechny tyto přínosy!	
10 min	Objasnění	[<i>Udělejte</i>]: Rozdělte pracovní listy: Výhody aktivit v udržování si duševní pohody. [<i>Řekněte</i>]: Povaha činností je taková, že	

		<p>účast na jakékoli aktivitě může přinést hned několik výhod.</p> <p>Na prvním obrázku vidíme, že jedna vámi zvolená aktivita (např. práce na částečný úvazek ve veřejné knihovně) má potenciál nabídnout širokou škálu osobních výhod.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Mezi sociální přínosy, které mohou aktivity přinést, patří: spolupráce s ostatními lidmi v místním prostředí nebo širší komunitě; přispívání k blahu a štěstí druhých; nebo snižování závislosti na druhých tím, že si člověk přivydělává.</p> <p>Potenciální duchovní přínosy se podílí na udržování smyslu našeho života.</p> <p>Psychologický a kognitivní přínos může zahrnovat neustálý rozvoj vlastních znalostí, dovedností, schopností a konání věcí, které budují a vyjadřují vlastní identitu.</p> <p>Emocionální výhody zahrnují schopnost mít krásné, silné a dojemné zážitky. Aktivity samozřejmě také velmi přispívají k podpoře našeho fyzického zdraví.</p> <p>[<i>Udělejte</i>]: Diskutujte o vícenásobných výhodách činností.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Obdobně tabulka: Vyjasnění přínosů činností poskytuje informace o tom, jak konkrétní činnosti každodenní rutiny ovlivňují celkové zdraví a pohodu. Přečtěte si ji.</p> <p>[<i>Zeptejte se</i>]: Zamyslete se nad vašimi aktivitami v běžném životě. Jaké další přínosy vám poskytují vaše běžné činnosti?</p>	
10 min	Praxe	<p>[<i>Řekněte</i>]: Podpora zdraví prostřednictvím činnosti nespočívá ani tak v rozepisování jednotlivých činností, jako spíše v pochopení toho, jak jsou zdraví prospěšné aktivity začleněny a realizovány v průběhu každodenního života. Pochopení přínosů činností a toho, jak jsou prožívány, závisí na našem chápání vlastní jedinečné zkušenosti a situaci jednotlivce. Například jedinec žijící s duševním onemocněním, které omezuje na určitou dobu množství činností, by tak mohl činit ve snaze zvládnout akutní spouštěč své nemoci.</p> <p>Podívejme se na další cvičení: Zdraví prospěšné přínosy mých aktivit. Jaké přínosy v oblasti zdraví a duševní pohody</p>	

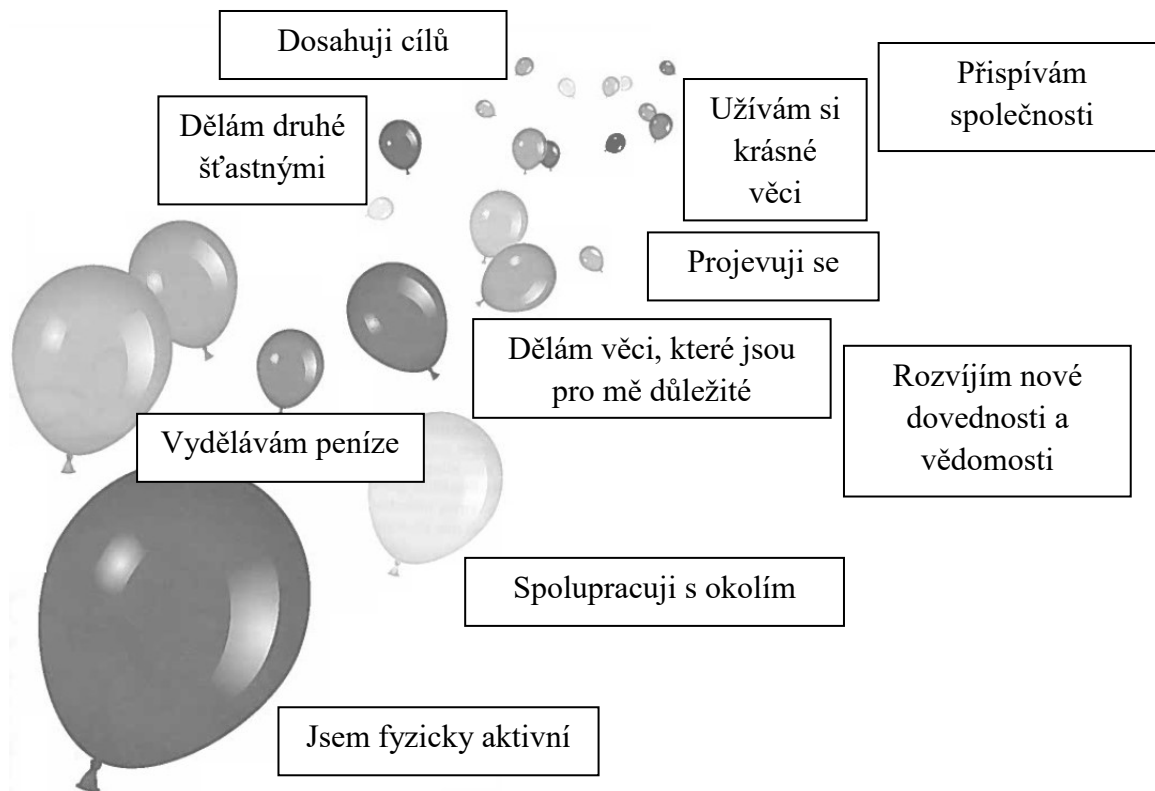
		<p>vám přináší vaše současné aktivity? Jaké benefity jsou pro vás nejdůležitější? Účast na činnosti přispívá k lidskému růstu a rozvoji. Zapojování do smysluplných činností je stále označováno za důležitý prvek procesu zotavení u závažných duševních onemocnění. Umožnění účasti na aktivitě, která je vysoce individualizovaná, samořízená a založená na silných stránkách, je jak důležitým aspektem obnovy, tak nedílným aspektem procesu obnovy.</p> <p>Nyní se podíváme na 2 tabulky. V tabulce Strategie ke snižování stresu prostřednictvím činnosti jsou uvedené různé strategie, které možná již používáte ke snížení stresu, nebo byste je rádi začali používat. Přečtěte si tuto tabulku a doplňte do okének ano/ne. Jaká strategie vás zaujala, a rádi byste ji vyzkoušeli v praxi? Napadají vás nějaké další strategie?</p> <p>Druhá tabulka: Strategie ke zvládnutí stresu prostřednictvím činnosti popisuje různé strategie, které by vám mohli pomoci při zvládnutí stresové situace. Doplňte ano/ne, podle toho, jestli tuto strategii využíváte. Jaká strategie vás zaujala, a rádi byste ji vyzkoušeli v praxi? Napadají vás nějaké další strategie?</p>	
20 min	Zobecnění	<p>[<i>Rekněte</i>]: Poslední částí této terapie je edukační: Jak souvisí duševní onemocnění a účast na aktivitě? Vztah mezi duševním onemocněním a účastí na aktivitě je složitý a je ovlivněn interakcemi napříč řadou faktorů. Hlavním cílem této terapie je poskytnout vám základní informace a znalosti o tomto vztahu, a ukázat, jak toto povědomí může ovlivnit schopnost pozitivně ovlivňovat své vlastní blaho prostřednictvím činností. Následující text nabízí zjednodušenou verzi souvislých informací. Pro další informace doporučujeme konzultaci s odborníkem.</p>	

Převzato z: KRUPA, Terry et al. *Action over inertia*. Addressing the activity-health needs of individuals with serious mental illness. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists Publications ACE, 2010. ISBN 978-1-895437-84-3.

Edukace o aktivitě, zdraví a duševní nemoci

Výhody aktivit v udržování si duševní pohody

Každý člověk potřebuje mít příležitost k vyzkoušení si různorodých aktivit, k udržení dobré kondice a spokojenosti se svým životem. Prostřednictvím aktivit máte možnost zažít všechny tyto výhody!



Odstartujte aktivně ke zdraví!

Vyjasnění přínosů činností

Níže jsou uvedené příklady přínosů běžných aktivit.

Činnost	Přínosy
Cvičení	<ul style="list-style-type: none"> - zlepšení nálady a kondice - udržování si zdravé hmotnosti - prevence rakoviny, diabetu a infarktu - zlepšování vytrvalosti, výdrže a ohebnosti
Příprava a vychutnávání si jídla	<ul style="list-style-type: none"> - dobrá výživa a prevence nemocí - energie k dalším činnostem - společenská událost - poznávání jiných zvyků a rutin ostatních kultur, zlepšování kuchařských dovedností a pochvala od ostatních

Socializace	<ul style="list-style-type: none"> - společenská podpora vám může pomoci v krizi nebo smutku - společnost může nabízet praktickou pomoc - sociální kontakty vás mohou podporovat v různých aktivitách a nabízet vám nové - nové kontakty se objevují, když potřebujeme ochránit před nemocí - cítíme se dobře, když můžeme podpořit ostatní
Zaměstnání a dobrovolná práce	<ul style="list-style-type: none"> - práce nám může dávat smysl - můžeme využít své osobní nadání - můžeme se naučit nové dovednosti - můžeme trénovat své sociální dovednosti a seznámit se s novými přáteli - práce nám přináší finanční výhody
Péče o můj vzhled	<ul style="list-style-type: none"> - mohu zvýšit sebeúctu a zesílit sebejistotu ve společnosti - může nás uklidnit a snížit úzkost - snižuje náklady spojené s nákladnou zdravotní/zubní péčí
Relaxace	<ul style="list-style-type: none"> - lék stresu - může zlepšit náladu a snížit frustraci - může zlepšovat soustředění - zmírňuje fyziologické účinky, které mohou vést ke špatnému zdravotnímu stavu

Zdraví prospěšné přínosy mých aktivit

Jaké přínosy v oblasti zdraví a duševní pohody vám přináší vaše současné aktivity? Jaké benefity jsou pro vás nejdůležitější?

Činnosti	Zdraví a duševní pohoda
Sebepéče	
Volný čas	
Produktivita	

Strategie ke snižování stresu prostřednictvím činnosti

Strategie k vyhýbání se stresu	Tuto strategii používám a je efektivní.	Tuto strategii bych rád využil, nebo bych rád zlepšil způsob, jakým tuto strategii používám.
Dávám si pozor na situace, které pro mě byly v minulosti stresující.		
Nastavím si přiměřené očekávání.		
Zvažuji, jak lze změnit stresující aspekty činnosti.		
Udržuji si dobré zdravotní návyky, které snižují mé prožívání stresu.		
Vyhýbám se situacím s argumentováním a kritikou.		
Pochválím se a zvednu si sebevědomí.		
Množství stresu vyvažuji různými činnostmi.		
Další:		

Strategie ke zvládnutí stresu prostřednictvím činnosti

Strategie	Tuhle strategii používám	Tuhle strategii bych rád využil, nebo bych rád zlepšil způsob, jakým tuto strategii používám.
Promluví si s někým o svých pocitech a zážitcích.		
Využijí relaxační techniky.		
Promluví si sám se sebou.		
Udržím si smysl pro humor.		
Využijí víru, nebo jinou duchovnost.		
Půjdu se projít.		
Sepíšu si denní události (deník).		
Začnu řešit problémy.		
Začnu budovat své sociální dovednosti.		
Začnu se učit nové dovednosti, které		

přináší tato činnost.		
Rozpoznám spouštěče relapsu a podchytím je.		
Další:		

Jak souvisí duševní onemocnění a účast na aktivitě?

Lidé s duševním onemocněním často popisují ohromné změny ve způsobu, jakým prožívají své každodenní činnosti. Mezi častými obavami uvádí:

- ztrátu motivace a udržení zájmu o činnost,
- strach z nedostatku potěšení,
- nepříjemné emoce jako je úzkost spojená s účastí na aktivitě,
- málo příležitostí k účasti na činnostech, které mají smysl a hodnotu,
- strach ze sociálních interakcí,
- strach z nedokončení plánované činnosti,
- strach z neudržení pozornosti či soustředění a
- strach ze smyslového přetížení a podcenění aktivity.

Tyto změny mohou být nepříjemné pro pacienta, jeho rodinu i přátele. Důvody těchto změn jsou složité a nejsou zcela pochopeny.

Další část je určena k tomu, aby vám poskytla informace o některých způsobech, které předpokládají, že duševní onemocnění ovlivňuje prožitek každodenních aktivit.

Ne každé vysvětlení bude platit pro každého jednotlivce, doporučujeme, abyste si promluvili se svým lékařem a prodiskutovali, jak by se tyto myšlenky mohly vztahovat na vás.

Biologická vysvětlení

Biologická vysvětlení se zaměřují na struktury, psychologii a funkci lidského těla, které by mohly odpovídat za narušení činnosti.

Struktura mozku

Mozek je rozdělen na dvě poloviny: levou a pravou hemisféru. Každá hemisféra obsahuje čtyři laloky: čelní, temenní, týlní a temporální. Jednou oblastí, u které bylo zjištěno, že hraje roli v účasti na aktivitě u lidí s duševním onemocněním, je čelní lalok. Čelní laloky jsou zodpovědné za složité myšlenkové procesy, například:

- plánování činností,
- rozhodování,
- interakce s dalšími strukturami,
- kontrolování chování,
- zpracování emocí a
- ovlivňování osobnost.

Dopad nemoci, nebo poškození v oblasti čelních laloků může vést ke změnám osobnosti a chování, včetně potíží se zvládnutím emocí a poruše strategie učení i plánování pořadí motorických úkonů.

Čelní laloky sousedí s temporálními laloky a jejich funkce se překrývají. Temporální laloky obsahují limbický systém, který je známý jako „centrum odměny“. Limbický systém je důležitý pro motivaci a potěšení. Změny v limbickém systému spojené s duševním onemocněním mohou být dalším důvodem, proč jsou činnosti prožívány jako méněcenné.

Některé formy duševních chorob byly také spojeny se zvětšenými laterálními komorami. Tyto komory jsou dutiny v mozku, které sousedí s mnoha důležitými strukturami mozku. Zvětšené boční komory byly spojeny s nižší energií a motivací, menší sociální interakcí, nedostatkem radosti a sníženou schopností udržovat pozornost. To vše pravděpodobně ovlivní zapojování se do aktivit.

Neurofyziologické změny

Neurotransmitery jsou chemickými posly, které používají neurony (nervové buňky) ke vzájemné komunikaci. Neurony přenášejí informace z těla do mozku a naopak. V mozku jsou miliardy neuronů.

Impulsy z jiných neuronů jsou přijímány dendrity (výběžky neuronu přijímající nervové vzruchy) a posílány do buněčného těla neuronu. Tělo buňky přijímá všechny impulsy a sleduje všechny vstupy. Pokud je přijatý dostatek vstupů, tělo buňky dosáhne svého prahu a vysílá impuls dolů po axonu. Šíření informací podél axonu se nazývá akční potenciál. Axon je pokryt myelinem, což je vrstva tuku, která působí jako izolátor a zvyšuje rychlost, kterou informace putují po neuronu.

V tomto případě prochází impuls po celé délce neuronu. Aby byl impuls předán dál, musí být přenesen na sousední neuron. Předávání impulsů mezi dvěma neurony se nazývá synaptický přenos. Synapse je prostor mezi synaptickým terminálem jednoho neuronu a dendrity přijímajícího neuronu.

Jak se impuls přenáší přes synapse? Prochází chemickou látkou zvanou neurotransmitery uložené v paketech zvaných synaptické vezikuly, které jsou na konci axonu. Když akční potenciál dosáhne konce axonu, dojde k uvolnění neurotransmiterů, které se poté rozlijí do synapse nebo synaptické štěrbině a dopadnou na receptory na postsynaptické membráně přijímajícího neuronu, kde celý proces začíná znovu.

Co mají neurotransmitery společného s prožíváním radosti u aktivit? Zdá se, že změny v neurotransmiterech se podílejí na způsobu, jakým lidé s duševními chorobami aktivity prožívají. Výsledky výzkumů zcela jistě neuvádějí, jakou roli hrají neurotransmitery, pouze je známo, že se na nich podílejí. Dopamin, serotonin a glutamát (mimo jiné) jsou neurotransmitery, které jsou spojovány s celou řadou duševních chorob. Narušení neurotransmiterů v kontextu duševních chorob může ovlivnit prožívání aktivit tím, že ovlivní motivaci, radost, pozornost, energii apod.

Dopad léků na aktivitu

Předepsané léky užívané k léčbě duševních chorob mohou být velmi účinné při zmírňování příznaků a předcházení relapsu akutních duševních chorob. Avšak jejich užívání může mít i nežádoucí účinky, které ovlivňují zapojení se do aktivity. Mezi časté nežádoucí účinky se řadí pocit únavy, nedostatek motivace a / nebo energie, potíže se soustředěním nebo pocit „mlhy“, přibývání na váze, změny pohybů těla a další.

Psychologická vysvětlení

Mezi psychologické prvky se řadí zejména mentální funkce, které jsou jádrem lidského potenciálu růstu a změny. Psychologické procesy ovlivňují to, jak lidé přemýšlejí o sobě ve vztahu k činnostem a jak to ovlivňuje jejich účast a angažovanost.

Lidé jsou přirozeně motivovaní k účasti na aktivitách – tato motivace je zásadní pro přežití. Motivace je složitý psychologický proces, který zahrnuje zahájení lidské činnosti, udání směru a udržení účasti. Motivace může být rychle a hluboce narušena zkušeností s duševním onemocněním.

Níže jsou uvedeny způsoby, jak může dojít k tomuto narušení motivace k činnosti:

Naděje vs. beznaděj

Přetrvávající příznaky duševní nemoci, pocit omezení v důsledku nemoci a narušení důležitých životních plánů a činností mohou narušit schopnost jedince představit si budoucnost s novými možnostmi a potenciálem.

Aktivní zapojení vs. nečinnost/pasivita

Jedinci trpící duševním onemocněním mohou mít pocit, že ztratili kontrolu nad svým zdravím a blahobytem – a nad svým současným i budoucím životem.

Sebehodnocení podporující aktivitu vs. sebehodnocení inhibující aktivitu

Negativní zkušenosti s duševním onemocněním mohou ovlivnit sebevědomí, sebeúctu a víru ve vlastní schopnosti. Toto pochybování o sobě samých může vést k opatrnosti, a dokonce k vyhýbání se aktivitám.

Pocity radosti vs. úzkosti

Duševní onemocnění může být spojeno s nárůstem pocitů úzkosti v průběhu aktivit. Například úzkost, obavy a strach z činnosti mohou způsobit nepříjemný pocit, i když je přítomna touha účastnit se určité činnosti.

Zvládání a přizpůsobení

Konání hodnotných činností vyžaduje pro každého neustálé zvládání výzev a přizpůsobování se. V životě s duševním onemocněním je potřeba neustále rozvíjet nové strategie, budovat odolnost při odražení se ode dna a poučení se z úspěchů a neúspěchů.

Sociální vysvětlení

Sociální vysvětlení se zaměřují na „externí“ faktory, které mohou ovlivnit vzorce aktivit jednotlivce. Faktory se mohou vyskytovat v nejbližším prostředí jedince, nebo mohou odrážet prostředí sociální, kulturní, či prostředí komunity.

Dopad na „typické“ vývojové mezníky

U mnoha jedinců se duševní onemocnění poprvé objevuje v mládí nebo mladé dospělosti, v kritickém období pro vytváření příležitostí k činnostem, učení se důležitým dovednostem a vytváření sociálních sítí, které nás budou podporovat v zapojení se do činností. Například zapojení se do vzdělávání je typickou činností mládeže, ale když je narušeno duševním onemocněním, může mít pro jedince dalekosáhlé důsledky. U starších může ovlivnit kariérní příležitosti, schopnosti zajistit si dobré reference a omezit schopnosti rozvíjet dobrou záchytnou síť, která umožní intimitu, rodinný život, práci, kariéru a možnosti trávení volného času.

Čas strávený v nemocnici nebo v jiném zařízení nás vyřazuje z každodenních rutin a činností

Přijímání léčby je však velmi důležité pro jedince, kteří trpí duševním onemocněním. Pro některé pacienty může být léčba poskytnuta v nemocničním prostředí. Pokud jsou pobyty v nemocnici poměrně krátké a neopakují se příliš často, mohou představovat pouze menší narušení běžných činností a vzorců. Pro někoho ale může mít pobyt v nemocnici nebo jiný čas mimo komunitu, kde dochází ke každodenním aktivitám, významný dopad na zkušenosti s aktivitou a účastí na ní. Během pobytu v nemocnici dochází k omezení každodenní rutiny a konaných činností. Na základě pravidel, nebo postupů nemocnic může být omezen přístup k určitým druhům činností. Po propuštění z nemocničního pobytu někteří pacienti hlásí potřebu období na zotavení, které je přesyceno problémy s jejich nepřítomností na běžných aktivitách a nejistotou, jak se znovu zapojit.

Stigma a diskriminace

Společenské stigma a diskriminace byly popsány jako obzvláště silné důvody omezující možnosti jednotlivců s duševním onemocněním plně se zapojit do osobně a společensky oceňovaných činností. Společenské stigma, které omezuje účast na činnosti, pochází nejméně ze dvou zdrojů:

1. Silné předsudky společnosti ke schopnosti lidí s duševním onemocněním účastnit se důležitých činností v komunitě. Může k tomu docházet například chybnými

informacemi o schopnostech a silných stránkách lidí, kteří trpí duševním onemocněním.

2. Ukotvení těchto předpokladů do standardů a dalších sociálních struktur obklopujících důležité činnosti. Například postupy přijímání zaměstnanců pro placenou nebo dobrovolnickou práci by mohly být navrženy tak, aby diskriminovaly (i neúmyslně) lidi s duševním onemocněním.

Stigma je obzvláště mocná síla, když je osobou přijata – proces je označován jako „internalizované stigma“.

Omezené zdroje a příležitosti

Plná účast na smysluplných činnostech závisí na přístupu ke zdrojům: věcem, lidem a příležitostem. Lidé, kteří trpí duševním onemocněním, se mohou ocitnout s omezenými finančními prostředky, které omezují jejich přístup k potřebným „věcem“. Studenti mohou mít například omezený přístup k penězům potřebným na školné, cesta do zaměstnání může být omezená složitou dopravou a volný čas může být ovlivněn omezenými finančními prostředky na vybavení nebo vstupní poplatky. Snadnějším zapojování se do aktivit napomáhají sociální sítě. Pokud mají lidé s duševním onemocněním nedostatek sociálních kontaktů, jejich možnost účastnit se aktivit se snižuje.

Zapojování se do činností nebylo nikdy primární oblastí zájmu služeb v systému duševního zdraví. Poskytovatelé služeb duševního zdraví skutečně nemusí považovat aktivní podporu účasti na činnosti za primární oblast pozornosti a mohou mít chybné předpoklady o vztahu mezi aktivitou a duševním zdravím. Systém duševního zdraví se pomalu věnuje intervencím a praktikám, které prokazatelně podporují účast na aktivitě.

Pochopení faktorů, které by mohly být spojeny s podporou nebo omezením účasti na činnosti, může být užitečné při přijímání kroků k posunu vpřed.

Pamatujte...

- Zdraví zůstává – i když je nemoc přítomna.
- Výkonnost a schopnosti zůstávají – i když je přítomno postižení.
- Příležitosti existují – i když je zapojování se do činností ztížené.

Příloha č. 23: *Životní styl – stres – instrukce*

Životní styl – stres

Hlavní záměr učení: Relapsu je možné předcházet buďto redukcí zdrojů stresu nebo zlepšením schopností jedince stres zvládat. Množství stresu, který zažíváme v životě, záleží na dvou faktorech:

- a) zdroje stresu nebo životní stresory, se kterými se setkáváme a
- b) naše prostředky pro vyhýbání se stresu nebo zvládnání těchto stresorů.

Pro potřeby prevence relapsu znamená vyrovnaný životní styl rovnováhu mezi těmito dvěma faktory.

Pomůcky: tužka, flipchart, popisovač

Pracovní listy:

- Vyhodnocení aktuálního plánu aktivit z první hodiny
- Životní styl – stres

Časový rámec	Fáze učení	Terapeut	Poznámky
2 min	Orientace	[<i>Řekněte</i>]: Stres zažívá čas od času každý. Je to běžná reakce, která se objevuje u normálních lidí jako odpověď na stimuly vznikající jak externě (z prostředí), tak interně (kognitivní). Stres je komplexní reakce, která byla rozhodující pro naše přežití v minulosti (bojuj, nebo uteč), v dobách, kdy člověk žil v přírodních podmínkách. Dnes je bohužel tato reakce v mnoha situacích neúčinná. Spouštěčem stresové reakce mohou být konkrétní situace (cestování metrem), nebo předměty (strach z pavouků).	
1 min	Objasnění	[<i>Řekněte</i>]: Dnes náš program bude obsahovat: - popisování druhů stresu a - objasnění rolí „měl bych“ a „chci“.	
5 min	Rozehřátí	[<i>Zeptejte se</i>]: Nyní se vás zeptám, co si představujete pod pojmem stres? Své úvahy sdílejte nahlas. [<i>Udělejte</i>]: Sepište všechny nápady na flipchart.	Například: tlak, spousta úkolů, potom co mě přeložili v práci na jiné oddělení.
10 min	Praxe	[<i>Udělejte</i>]: Rozdejte pracovní listy: Životní styl – stres.	Terapeut mluví o životních událostech, každodenních

		<p>[<i>Řekněte</i>]: Relapsu je možné předcházet buďto redukcí zdrojů stresu nebo zlepšením schopností jedince stres zvládat. Množství stresu, který zažíváme v životě, záleží na dvou faktorech:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>zdroje stresu nebo životní stresory</i>, se kterými se setkáváme a b) naše <i>prostředky</i> pro vyhýbání se stresu nebo zvládnutí těchto stresorů. <p>Pro potřeby prevence relapsu znamená vyrovnaný životní styl rovnováhu mezi těmito dvěma faktory. Cítíme se ve stresu, pokud v našem životě mezi těmito dvěma faktory nastane nerovnováha. Tato dynamická rovnováha je trochu jako houpačka.</p> <p>Rozlišujeme několik druhů stresu:</p> <p>1. Důležité životní události Byla prokázána souvislost mezi negativními a pozitivními životními změnami a mnoha psychologickými i fyzickými stavy jedince.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Jaké události spadají do této kategorie? Můžete vybrat i z již zmíněných.</p> <p>2. Potíže a radosti Potíže, radosti, úspěchy i neúspěchy všedních dnů mohou mít také velký dopad na naše chování.</p> <p>[<i>Řekněte</i>]: Jaké události spadají mezi potíže a radosti? Můžete vybrat i z již zmíněných.</p> <p>Můžeme vidět, že rozdíly mezi takzvanými drobnými potížemi a radostmi a důležitějšími nepříznivými životními událostmi, kterými jsme se zabývali výše, se týkají pouze míry.</p>	<p>potížích a radostech jako o dvou hlavních zdrojích stresu. Skupina si pod vedením terapeuta vybere příklady ke každé oblasti ze seznamu na flipchartu.</p>
12 min	Rozvaha, aplikace	<p>[<i>Řekněte</i>]:</p> <p>3. Měl bych a chci Marlatt a Gordon rozlišili v každodenním životě aktivity,</p>	

		<p>kteře jsou vnímány jako povinnosti, věci, u kteřých cítíte, že je musíte dělat – takzvané „měl bych“ aktivity – od těch aktivit, kteře vykonáváte pro radost, uspokojení, nebo naplnění – „chci“ aktivity</p> <ul style="list-style-type: none"> - „měl bych“: návštěva příbuzných, obchodní setkání - „chci“: plavání, plánování dovolené <p>„Měl bych“ a „chci“ jsou subjektivní hodnocení. Tataž aktivita může pro někořo spadat do opačné kategorie. Jakmile množství „měl bych“ převáží nad „chci“, dochází k nerovnováze životního stylu.</p> <p>[Řekněte]: Nyní si prosím ve vašich denních záznamech ohodnoťte kařždou aktivitu „měl bych“ nebo „chci“. Poté spočítejte, kteře činnosti převládají.</p> <p>[Řekněte]: V ideálním případě by měly být aktivity rovnoměrně rozložené v průběhu celého týdne a kařždý den by mělo být nějaké „chci“. Pokud se nahromadí mnoho „měl bych“ bez oddechu, vytváří se potom touha dopřát si.</p> <p>Zkuste si teď tečkou označit malé „chci“ v průběhu dne – procházka v době oběda, čtení apod.</p>	
5 min	Zobecnění	<p>[Zeptejte se]: Jaké věci potřebujete vy a vaše okolí, abyste měli uspokojivý a naplněný život?</p> <p>[Řekněte]: Mnoho koníčků, typů práce naplňuje velké množství těchto faktorů naráz (Co lidem přináší sport?).</p>	<p>Zapište brainstorming na flipchart.</p> <p>Příklady: láska, společenství, sex, vzrušení, rutina, jídlo, přístřeší, osobní prostor, pocit smyslnosti, peníze, úspěch, stabilita, riziko, úcta, fyzická aktivita, někdo, o koho se moř�u opřít apod.</p>
10 min	Aplikace	<p>[Řekněte]: Mezi způsoby, zvládnání stresu se řadí globální a specifické strategie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - pravidelné fyzické cvičení, 	

		<p>relaxace, meditace, náboženská víra, spiritualita</p> <p>Některé globální praktiky se mohou stát závislostí, respektive vaší pozitivní závislostí. Aby se aktivita stala pozitivní závislostí, musí splňovat 6 požadavků</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Je kompetitivní, můžete si ji sami vybrat a provozovat a můžete jí věnovat asi hodinu denně. 2. Je možné ji snadno provádět a není k tomu potřeba příliš mnoho mentálního úsilí, abyste ji vykonávali dobře. 3. Můžete ji dělat sami nebo občas s ostatními, ale nesmíte být na ostatních závislí, abyste ji mohli provozovat. 4. Věříte, že má pro vás nějakou hodnotu (fyzickou, mentální, nebo spirituální). 5. Věříte, že pokud u ní vytrváte, stanete se lepší. 6. Tuto aktivitu musíte být schopni dělat, aniž byste se kritizovali. Tím se tato aktivita stane návyková. <p>Pozitivní závislosti mají většinou blahodárné a žádoucí účinky v dlouhodobějším horizontu po zvládnutí počátečních obtíží. Například někomu, kdo není zvyklý na fyzickou námahu, může plavání zpočátku způsobovat vyčerpání a bolest svalstva. Ale pokud vytrvá, pravidelné fyzické cvičení mu přinese ovoce ve smyslu zlepšené tělesné kondice, a stejně tak i psychické pohody. První reakce na pokusy medítovat mohou být nuda nebo mentální neklid, zatímco v delším horizontu mohou přinést pocit uvolnění a sebejistoty.</p>	
--	--	---	--

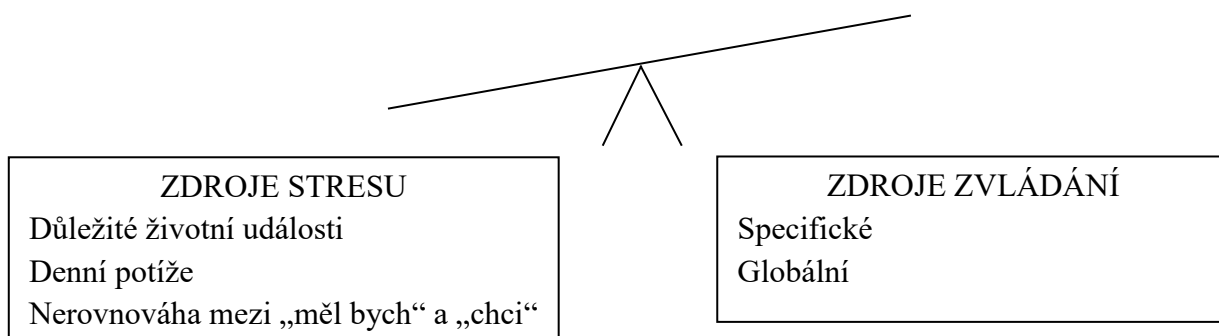
Převzato z: WANIGARATNE, Shamil. *Prevence relapsu pro závislá chování: manuál terapeuta*. Praha: Centrum adiktologie - Psychiatrická klinika, 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2008. Učební texty. ISBN 978-80-254-3357-7.

Životní styl – stres

Relapsu je možné předcházet redukcí zdrojů stresu, nebo zlepšením schopností jedince stres zvládat. Množství stresu, který zažíváme v životě, záleží na dvou faktorech:

- c) zdroje stresu nebo životní stresory, se kterými se setkáváme a
- d) naše prostředky pro vyhýbání se stresu nebo zvládání těchto stresorů.

Pro potřeby prevence relapsu znamená vyrovnaný životní styl rovnováhu mezi těmito dvěma faktory.



Druhy stresu:

1. **Důležité životní události:**
2. **Potíže:**
3. **Radosti:**
4. **Měl bych:**
5. **Chci:**

Zvládání stresu

- a) globální strategie
- b) specifické strategie

Některé globální praktiky se mohou stát naší pozitivní závislostí. Aby se aktivita stala pozitivní závislostí, musí splňovat 6 požadavků

1. Je kompetitivní, můžete si ji sami vybrat a provozovat a můžete jí věnovat asi hodinu denně.
2. Je možné ji snadno provádět a není k tomu potřeba příliš mnoho mentálního úsilí, abyste ji vykonávali dobře.
3. Můžete ji dělat sami nebo občas s ostatními, ale nesmíte být na ostatních závislí, abyste ji mohli provozovat.
4. Věříte, že má pro vás nějakou hodnotu (fyzickou, mentální, nebo spirituální).
5. Věříte, že pokud u ní vytrváte, stanete se lepší.
6. Tuto aktivitu musíte být schopni dělat, aniž byste se kritizovali. Tím se tato aktivita stane návyková.

Příloha č. 25: *Relaxační aktivita v představě – instrukce*

Relaxační aktivita v představě (Relaxion Fantasy Activity)

Hlavní téma terapie: Tato aktivita je součástí programu řízení stresu, kde členové používají techniky představy a vedené fantazie ke kontrole jejich stavu napětí.

Pomůcky: prostorná místnost s kobercem na zemi, nebo cvičícími podložkami, pacienti mají na sobě pohodlné oblečení, každý má svůj polštář

Instrukce: Pacienti sedí v kruhu na zemi a polštáře mají na klíně. Pacienti musí mít dostatečné rozestupy, aby se vleže nikoho nedotýkali.

Časový rámec	Fáze učení	Terapeut	Poznámky
2 min	Orientace	[<i>Řekněte</i>]: Pokud chcete relaxovat a uvolnit tělo ze stresu, vaše mysl na to musí být připravena. Je velmi těžké se uvolnit, když se vaše mysl soustředí na jiné povinnosti, nebo starosti. Při tomto cvičení se pokuste koncentrovat na vizuální představy, které vám přijdou na mysl. Budu vám dávat instrukce ke změnám pozice těla a polohy. Pokuste se vydržet po celou dobu se zavřenýma očima, pro lepší koncentraci.	
1 min	Objasnění	[<i>Řekněte</i>]: Dnes budete mít příležitost k 30minutovému odpočinku z vašeho zaneprázdněného, stresového, nebo nudného dne. Možná máte ještě spoustu práce, nebo ještě musíte řešit něco důležitého. Vypusťte to teď z vaší hlavy na následujících 30 min. Poté, až budete uvolnění, budete mít více energie k vypořádání se s životními nepříjemnostmi.	
5 min	Rozehřátí	[<i>Řekněte</i>]: Začneme tak, že si lehnete na záda a obě paže natáhnete po zemi za hlavu a hodně se protáhnete. Otevřete svá ústa a zívnete si. Teď dejte váš polštář pod vaše kyčle a nakloňte se dozadu na vaše pokrčené lokty. Zavřete oči a představte si v dálce, až na druhé straně místnosti dveře. Aniž byste se zvedli, představte si, jak k nim jdete. Hýbejte vašimi chodidly, vašimi kotníky, vašimi koleny a vašimi boky, jako byste chodili. Když je vaše pravá dolní končetina napjatá, levá bude uvolněná. Teď po každém kroku propněte na jedné noze špičku a uvolněte. Zpomalte vaše kroky a při každém protažení špičky se pomalu a hluboce nadechněte. Už	

		přicházíte ke dveřím a vaše kroky se stále zpomalují a zpomalují. (2 min) Až v myslí dojdete ke dveřím, postavte se pomalu před ně a klidně dýchejte.	
32 min	Praxe	<p>[<i>Řekněte</i>]: Teď se pomocí rukou posad'te. Oči nechte stále zavřené, nakloňte se dopředu a podívejte se skrze malou klíčovou díрку. Máte dobrý výhled. Vidíte krásné, prosluněné nádvoří se třpytivým bazénem. Nádvoří je obklopené čistými, pohodlnými lavičkami. Dejte své ruce za vaše tělo, podepřete se o předloktí a dopřejte si lepší výhled. Teď svá záda znovu položte, natáhněte své ruce dopředu do vzduchu a protahujte svá stehna. Pomalu prodýchejte.</p> <p>Oči jsou zavřené. Nyní pokrčte vaše kolena k hrudníku. Rukama pevně stiskněte vaše kolena a představte si, že jsou kliky od dveří. Tlačte na svá kolena, jako rukojeti, jemně a pomalu je dávejte od sebe a narovnávejte pomalu svá záda. Poté nechte své dveře otevřené dokořán. Tím, jak procházíte skrz dveře, necháváte za sebou všechny vaše denní starosti. Na druhé straně dveří už nejsou žádné starosti, žádný stres, tak je nechte jít.</p> <p>Aniž byste otvírali své oči, propněte své nohy a dejte svůj polštář pod hlavu, a představujte si, že si leháte na jednu z hezkých laviček. Je příjemné, jak vás slunce hřeje. Představte si, že máte na sobě pod oblečením plavky. Zatímco si leháte, představte si, že své oblečení svlékáte. Nejdříve dejte své ruce na boky, nadzvedněte svou pánev od země a opírejte se přitom o lokty. Poté dejte své ruce na hrudník, lokty nechte na podlaze a odlepte i horní část zad. Tady se zastavte a prodýchejte. Nyní zvedněte svou hlavu z polštáře a představujte si, jak si sundáváte oblečení z hlavy a zahazujete jej za sebe. Pomalu položte záda na podložku, vraťte své paže k tělu a pomalu dýchejte. Jenom tak ležte, dýchejte pomalu a užívejte si teplé slunce (2 min).</p> <p>Zkontrolujte, že je vaše tělo zklidněné. Zavř'te svými prsty na rukách a na nohách. Otočte svou hlavu doprava, otočte svou hlavu doleva. Pokud někde cítíte napětí, sklepejte</p>	

		<p>ho. Položte své ruce zezadu na krk a namasírujte si krční svaly. Pomalu dýchejte. Je to tak uklidňující, když ležíte a slunce vás hřeje. (2min).</p> <p>Na slunci to začíná pálit. Možná byste si mohli jít zaplavat. Znovu se posaďte a přitáhněte svá kolena k hrudníku. Teď si představte, že sedíte na okraji bazénu. Houpejte svýma nohama v příjemně chladivé vodě. Podívejte se nalevo a za sebe; podívejte se napravo a za sebe. Cedule říkají „Hezky si dneska zaplav“, tak se pomalu obraťte na břicho, jako když se spouštíte do vody.</p> <p>Váš polštář se nyní stal záchranným kruhem. Přidržte se ho, pomalu kopejte nohama a plavejte kolem bazénu. Vaše chodidla nesmí opustit podlahu. Nestojí to skoro žádné úsilí udělat tolik temp. Vaše tělo se je lehké. Při kopnutí pravou nohou se nadechněte, když kopnete levou nohou, vydechněte. Jak se dostáváte ke břehu bazénu, odtlačte se od záchranného kruhu nejdříve pravou rukou, poté levou rukou.</p>	
5 min	Vyhodnocení	<p>[Řekněte]: Teď se vzepřete na svých loktech a posuňte svůj polštář pod svůj hrudní koš, tak aby podepíral váš hrudník. Klidně dýchejte. Zvedněte ramena k uším a povolte. Dostaňte ze sebe poslední kousek napětí. Teď jste uklidnění, osvěžení a plni energie. Teď jste schopni pokračovat ve svém dni bez pocitu napětí a stresu. Zázračně jste se dostali z bazénu suší, znovu oblečení a stojíte před dveřmi. Teď jste připraveni se vrátit těmi dveřmi a vyrazit do světa. Pokud jste připraveni, otevřete oči.</p>	